



VillageHealth (HMO-POS SNP) ofrecido por SCAN Health Plan

Notificación anual de cambios para 2022

Actualmente, usted está inscrito como miembro de VillageHealth. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este documento describe los cambios.*

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

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el documento para nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con diferente gastos compartidos?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos de 2022 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber subido desde el año pasado. Consulte con su médico acerca de alternativas de menor costo que puedan estar

disponibles para usted; esto le puede ahorrar los gastos que paga de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace de las “listas” en el centro de la segunda Nota hacia el final de la página. Estas listas destacan los fabricantes que aumentaron los precios y también muestran la información sobre los precios de los medicamentos de un año para el otro. Recuerde que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuántos cambios puede haber en los costos de sus medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.

- ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que consulta regularmente, se encuentran en nuestra red?
- ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
- Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

- Piense acerca de los costos de atención de la salud generales.

- ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
- ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
- ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.

- Use la función de búsqueda personalizada en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
- Revise la lista en la portada posterior del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022).
- Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.

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

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, permanecerá inscrito en VillageHealth.

- Si desea cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar los planes, 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**, permanecerá inscrito en VillageHealth.
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento se encuentra disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 1-800-399-7226. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).
Atendemos de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. No atendemos la mayoría de los días festivos nacionales. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos durante los días festivos y fuera de las horas laborales se responderán el siguiente día hábil.
- También podemos brindarle gratuitamente información en letra grande, en sistema braille, en una grabación de audio o en formatos alternativos si lo requiere.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de VillageHealth

- VillageHealth (HMO-POS SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en SCAN Health Plan depende de una renovación del contrato. El Plan de Punto de Servicio (POS) es un Plan de Atención Administrada de Medicare que le permite la opción de recibir servicios específicos fuera de la red de proveedores del plan. En algunas instancias, puede haber un costo adicional por estos servicios.
- Cuando en este documento se utilizan los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a SCAN Health Plan. Cuando se utilizan los términos “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a VillageHealth.

Resumen de costos importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 y los costos de 2022 para VillageHealth en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.villagehealthca.com. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$31.50	\$33.20
Deducible	\$203	\$203 Este es el monto deducible para 2021 y puede cambiar para 2022.
Monto máximo de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios de Parte A y Parte B cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	Dentro y fuera de la red \$7,550	Dentro y fuera de la red \$7,550
Visitas al consultorio médico	Dentro y fuera de la red Visitas por atención médica primaria: \$0 por consulta. Visitas a un especialista: 20% del costo total por consulta.	Dentro y fuera de la red Visitas por atención médica primaria: \$0 por consulta. Visitas a un especialista: 20% del costo total por visita.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que se ingresa formalmente en el hospital con una orden médica. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un deducible de \$1,484 por los días 1 al 60; un copago de \$371 por día por los días 61 al 90; y un copago de \$742 por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficios.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un deducible de \$1,484 por los días 1 al 60; un copago de \$371 por día por los días 61 al 90; y un copago de \$742 por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficios.</p> <p>Estos son los costos de gastos compartidos de 2021 y pueden cambiar para 2022. VillageHealth le proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$370</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$5 por receta (Gastos compartidos estándares por un suministro de 30 días) \$0 por receta (Gastos compartidos preferidos por un suministro de 30 días) 	<p>Deducible: \$370</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$5 por receta (Gastos compartidos estándares por un suministro de 30 días) \$0 por receta (Gastos compartidos preferidos por un suministro de 30 días)

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="711 321 1039 577">• Medicamentos de Nivel 2: \$8 por receta (<i>Gastos compartidos estándares</i> por un suministro de 30 días) <li data-bbox="711 609 1039 787">• \$3 por receta (<i>Gastos compartidos preferidos</i> por un suministro de 30 días) <li data-bbox="711 819 1039 1075">• Medicamentos de Nivel 3: 25% del costo total (<i>Gastos compartidos estándares</i> por un suministro de 30 días) <li data-bbox="711 1106 1039 1285">• 25% del costo total (<i>Gastos compartidos preferidos</i> por un suministro de 30 días) <li data-bbox="711 1316 1039 1572">• Medicamentos de Nivel 4: 25% del costo total (<i>Gastos compartidos estándares</i> por un suministro de 30 días) <li data-bbox="711 1604 1039 1782">• 25% del costo total (<i>Gastos compartidos preferidos</i> por un suministro de 30 días) 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1084 321 1412 577">• Medicamentos de Nivel 2: \$8 por receta (<i>Gastos compartidos estándares</i> por un suministro de 30 días) <li data-bbox="1084 609 1412 787">• \$3 por receta (<i>Gastos compartidos preferidos</i> por un suministro de 30 días) <li data-bbox="1084 819 1412 1075">• Medicamentos de Nivel 3: 25% del costo total (<i>Gastos compartidos estándares</i> por un suministro de 30 días) <li data-bbox="1084 1106 1412 1285">• 25% del costo total (<i>Gastos compartidos preferidos</i> por un suministro de 30 días) <li data-bbox="1084 1316 1412 1572">• Medicamentos de Nivel 4: 25% del costo total (<i>Gastos compartidos estándares</i> por un suministro de 30 días) <li data-bbox="1084 1604 1412 1782">• 25% del costo total (<i>Gastos compartidos preferidos</i> por un suministro de 30 días)

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="711 321 1039 577">• Medicamentos de Nivel 5: 25% del costo total (<i>Gastos compartidos estándares</i> por un suministro de 30 días)<li data-bbox="711 609 1039 787">25% del costo total (<i>Gastos compartidos preferidos</i> por un suministro de 30 días)	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="1084 321 1409 577">• Medicamentos de Nivel 5: 25% del costo total (<i>Gastos compartidos estándares</i> por un suministro de 30 días)<li data-bbox="1084 609 1409 787">25% del costo total (<i>Gastos compartidos preferidos</i> por un suministro de 30 días)

Aviso anual de cambios para 2022

Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	6
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	6
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	6
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores	7
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias	8
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	8
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	13
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	18
Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en VillageHealth	18
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	19
SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan	19
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	20
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	21
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?	22
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de VillageHealth	22
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	23

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$31.50	\$33.20

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la sección 5 acerca “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto debe pagar “de su propio bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “monto máximo que paga de su propio bolsillo.” Una vez que alcanza este monto, en general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y B durante el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Monto máximo de su bolsillo	Dentro y fuera de la red	Dentro y fuera de la red
Los costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) se tienen en cuenta para calcular el monto máximo que usted paga de su bolsillo. La prima de su plan y sus costos por medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$7,550	\$7,550 Una vez que haya pagado \$7,550 de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Monto máximo de su bolsillo (continuación)		Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.villagehealthca.com se encuentra disponible un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias*. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2022 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.***

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

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

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con gastos compartidos preferidos, las cuales pueden ofrecerle gastos compartidos más bajos que los gastos compartidos estándares ofrecidos por otras farmacias de la red para ciertos medicamentos.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. Se encuentra disponible un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en www.villagehealthca.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias*. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2022 para consultar qué farmacias están en nuestra red.***

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

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *2022 Evidencia de cobertura*.

Servicios del programa de tratamiento para opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT).
- Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde)
- Asesoramiento sobre consumo de sustancias.
- Terapia individual y grupal.
- Pruebas toxicológicas.
- Actividades de admisión.
- Evaluaciones periódicas.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Abridge</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicación tecnológica para ayudarlo a recordar conversaciones de salud importantes 	<p>Dentro y fuera de la red Abridge <u>no</u> está cubierta.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 para usar la aplicación Abridge. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más detalles.</p> <p>Fuera de la red Abridge <u>no</u> está cubierta.</p>
<p>Apoyo para mascotas (SSBCI)</p>	<p>Dentro y fuera de la red El apoyo para mascotas <u>no</u> está cubierto.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 por el apoyo para mascotas. Se aplican criterios y limitaciones. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p> <p>Fuera de la red El apoyo para mascotas <u>no</u> está cubierto.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga \$1,484 de deducible para los días 1-60, \$371 de copago por día para los días 61-90 y \$742 de copago por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficios.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa para la atención hospitalaria para pacientes internados.</p>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga \$1,484 de deducible para los días 1-60, \$371 de copago por día para los días 61-90 y \$742 de copago por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficios.</p> <p>Estos son los montos de gasto compartido para 2021 y pueden cambiar para 2022. VillageHealth le proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como sean publicadas.</p> <p>Se requiere autorización previa para la atención hospitalaria para pacientes internados.</p>
<p>Centro de enfermería especializada</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por día para los días 1-20 y \$185.50 de copago por día para los días 21-100.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por día para los días 1-20 y \$185.50 de copago por día para los días 21-100.</p> <p>Estos son los montos de gasto compartido para 2021 y pueden cambiar para 2022. VillageHealth le proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como sean publicadas.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Control de plagas (SSBCI)	<p>Dentro y fuera de la red Los servicios de control de plagas <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 por dos visitas de control de plagas por año. Se aplican criterios y limitaciones. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p> <p>Fuera de la red Los servicios de control de plagas <u>no</u> están cubiertos.</p>
HEALTHtech	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 por llamada.</p>	<p>Dentro de la red HEALTHtech <u>no</u> está cubierta.</p>
Productos de venta libre (OTC)	<p>Dentro de la red Tiene cobertura de hasta \$60 por los productos de venta libre disponibles a través del catálogo de pedido por correo de OTC de VillageHealth cada trimestre.</p>	<p>Dentro de la red Tiene cobertura de hasta \$75 por los productos de venta libre disponibles a través del catálogo de pedido por correo de OTC de VillageHealth cada trimestre.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Servicios de salud mental para pacientes internados</p>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga \$1,484 de deducible para los días 1-60, \$371 de copago por día para los días 61-90 y \$742 de copago por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficios.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa para la atención hospitalaria para pacientes internados.</p>	<p>Dentro y fuera de la red Usted paga \$1,484 de deducible para los días 1-60, \$371 de copago por día para los días 61-90 y \$742 de copago por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficios.</p> <p>Estos son los montos de gasto compartido para 2021 y pueden cambiar para 2022. VillageHealth le proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como sean publicadas.</p> <p>Se requiere autorización previa para la atención hospitalaria para pacientes internados.</p>
<p>Servicios de tareas domésticas (SSBCI)</p>	<p>Dentro y fuera de la red Los servicios de tareas domésticas <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 por una visita de limpieza del hogar por año. Se aplican criterios y limitaciones. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p> <p>Fuera de la red Los servicios de tareas domésticas <u>no</u> están cubiertos.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios para la visión (de rutina)	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 por marcos cada 2 años.</p> <p>Usted paga \$25 de copago para lentes y lentes de contacto o anteojos cada 2 años.</p> <p>Tiene cobertura de hasta \$200 para marcos o lentes de contacto.</p>	<p>Dentro de la red Tiene cobertura de hasta \$400 para opciones de marcos y lentes o lentes de contacto cada año. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>
Transporte (de rutina)	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por hasta 50 viajes de ida por año (límite de 75 millas en cada viaje).</p>	<p>Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por hasta 52 viajes de ida por año (límite de 75 millas en cada viaje).</p>

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos por vía electrónica.

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

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

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicios para Miembros.

- **Consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a Servicios para Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura*). En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

En la mayoría de los casos, si el Plan aprobó una excepción al formulario para cubrir su medicamento actual, dicho medicamento seguirá teniendo cobertura el año próximo.

La mayoría de los cambios de la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

Cuando realicemos estos cambios a la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. Además, continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para saber más sobre los cambios que podemos implementar en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre costos de medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse no se aplicará a su caso.** Le enviamos un anexo separado, que se denomina “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para el pago de medicamentos con receta” (también llamada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “cláusula adicional LIS”), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” si no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre 2021, comuníquese con Servicios para Miembros y pregunte por la “cláusula adicional LIS.”

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

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa de deducibles anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período de interrupción en la cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus gastos en estas etapas, revise el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestra página web en www.villagehealthca.com. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, paga el costo total de su Nivel 2: Genéricos, Nivel 3: Marca preferida, Nivel 4: Medicamento no preferido, Nivel 5: Medicamentos en el Nivel de Especializados: hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$370.</p> <p>Durante esta etapa, pagará \$0 de gasto compartido para los medicamentos del Nivel 1: Genéricos preferidos en farmacias preferidas, \$5 de gastos compartidos para los medicamentos del Nivel 1: Los medicamentos genéricos preferidos en farmacias estándares y el costo total de los medicamentos del Nivel 2: Genéricos, Nivel 3: Marca preferida, Nivel 4: Medicamento no preferido, Nivel 5: Medicamentos en el Nivel de Especializados: hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$370.</p> <p>Durante esta etapa, pagará \$0 de gasto compartido para los medicamentos del Nivel 1: Genéricos preferidos en farmacias preferidas, \$5 de gastos compartidos para los medicamentos del Nivel 1: Los medicamentos genéricos preferidos en farmacias estándares y el costo total de los medicamentos del Nivel 2: Genéricos, Nivel 3: Marca preferida, Nivel 4: Medicamento no preferido, Nivel 5: Medicamentos especializados hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en sus gastos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para obtener información acerca de los copagos y coseguros, revise el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de su bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos en la Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan cubre su parte del costo de sus medicamentos y usted paga la parte que le corresponde del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando surta su receta en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedidos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: Genérico preferido:</p> <p><i>Gastos compartidos estándares:</i> Usted paga \$5 por receta.</p> <p><i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: Genérico:</p> <p><i>Gastos compartidos estándares:</i> Usted paga \$8 por receta.</p> <p><i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$3 por receta.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: Genérico preferido:</p> <p><i>Gastos compartidos estándares:</i> Usted paga \$5 por receta.</p> <p><i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: Genérico:</p> <p><i>Gastos compartidos estándares:</i> Usted paga \$8 por receta.</p> <p><i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$3 por receta.</p>

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	<p>Nivel 3: Marca preferida:</p> <p><i>Gastos compartidos estándares:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <p><i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <p>Nivel 4: Medicamento no preferido:</p> <p><i>Gastos compartidos estándares:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <p><i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga 25% del costo total.</p>	<p>Nivel 3: Marca preferida:</p> <p><i>Gastos compartidos estándares:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <p><i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <p>Nivel 4: Medicamento no preferido:</p> <p><i>Gastos compartidos estándares:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <p><i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga 25% del costo total.</p>

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	<p>Nivel 5: Nivel especializado:</p> <p><i>Gastos compartidos estándares:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <p><i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,130, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período de interrupción en la cobertura).</p>	<p>Nivel 5: Nivel especializado:</p> <p><i>Gastos compartidos estándares:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <p><i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga 25% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período de interrupción en la cobertura).</p>

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

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

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en VillageHealth

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Medicare original antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro VillageHealth.

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

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

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse oportunamente en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre una potencial multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022), llame a su Programa estatal de asistencia en seguro médicos (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en VillageHealth.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en VillageHealth.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe hacer lo siguiente:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para Miembros (en la sección 6.1 de este documento encontrará los números de teléfono).
 - – o – puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. TTY Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan

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

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

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

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En California, el SHIP se llama Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP).

Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan médico). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Le podrán ayudar a comprender sus opciones dentro de los planes de Medicare y a responder las interrogantes relacionadas con el cambio de un plan a otro. Usted puede llamar al Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) al 1-800-434-0222. Para obtener más información sobre Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP), visite su página web (cahealthadvocates.org/hicap).

Método	Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud de California (HICAP) (SHIP de California) – Información de contacto
TELÉFONO	<p>Oficina estatal de HICAP: 1-800-434-0222</p> <p>Condado de Riverside: 1-909-256-8369</p> <p>Condado de San Bernardino: 1-909-256-8369</p>

Método	Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud de California (HICAP) (SHIP de California) – Información de contacto
SITIO WEB	Oficina estatal de HICAP: cahealthadvocates.org/hicap Condado de Riverside: coasc.org Condado de San Bernardino: coasc.org

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

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

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados podrán tener derecho a recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales para los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no tendrán período de interrupción en la cobertura ni serán pasibles de ser sancionados con multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para comprobar si reúne los requisitos correspondientes, llame al
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - A la oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** California cuenta con un programa denominado Programa para personas con discapacidades genéticas (GHPP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 4 de este documento).
- **Programa de asistencia de gastos compartidos en medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluidos un comprobante de residencia en el estado

y estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de gastos compartidos para medicamentos con receta del de la Office of AIDS, Centers for Infectious Disease – California Department of Public Health, MS7700, P.O. Box 997426, Sacramento, CA 95899-7426. Para información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, por favor llame al 1-844-421-7050.

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de VillageHealth

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. No atendemos la mayoría de los días festivos nacionales. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos durante los días festivos y fuera de las horas laborales se responderán el siguiente día hábil. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para más información, consulte la *Evidencia de cobertura de 2022* para VillageHealth. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Se explican sus derechos y las normas que usted debe seguir para obtener servicios y medicamentos con receta cubiertos. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.villagehealthca.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.villagehealthca.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (*Formulario/Lista de medicamentos*).

Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

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

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

Usted puede leer el manual *Medicare y usted 2022*. Cada año, en otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y responde a las preguntas sobre Medicare formuladas con mayor frecuencia. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://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.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Esta página se dejó en blanco intencionalmente