



2022 Aviso Anual de Cambios

El Rx (HMO) plan ahora se llama
Gold (HMO)

1-866-535-8343 (TTY: 711) | www.KelseyCareAdvantage.com

H0332_002ANOC22_M

KelseyCare Advantage Gold (HMO) ofrecido por KS Plan Administrators, LLC

Aviso anual de cambios para 2022

Usted está actualmente inscrito como miembro de KelseyCare Advantage Rx. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

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

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 2.1 y 2.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto correspondientes a nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si se aplican a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con un costo compartido distinto?
 - ¿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 para 2022 y consulte la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto puede ayudarle a ahorrar en costos anuales 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 “tableros de control” (dashboards) en medio de la segunda Nota hacia el final de la página. Estos tableros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de

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

- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Se encuentran sus médicos, incluidos los especialistas que consulta regularmente, en nuestra red?
 - ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 2.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores*.
- Piense acerca de los costos de atención médica 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 contraportada del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022).
 - Consulte la Sección 4.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

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 KelseyCare Advantage Gold.
- Si desea cambiarse 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 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**, permanecerá inscrito en KelseyCare Advantage Gold.
- 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 está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o llame gratis al 1-866-535-8343. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días a la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Servicio de mensajería utilizado los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
- Este folleto también está disponible en braille, letra grande y otros formatos alternativos. Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros (los números de teléfono se encuentran en la Sección 8.1 de este folleto).
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura médica calificada (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 KelseyCare Advantage Gold

- KelseyCare Advantage es ofrecido por KS Plan Administrators, LLC, un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a KS Plan Administrators, LLC (que opera bajo el nombre de KelseyCare Advantage). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a KelseyCare Advantage Gold.

Resumen de costos importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 y 2022 para KelseyCare Advantage Gold en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo para los servicios cubiertos de la parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).	\$3,450	\$3,450
Consultas en el consultorio del médico	<u>Dentro de la red:</u> Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta Consultas a especialistas: Copago de \$25 por consulta	<u>Dentro de la red:</u> Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta Consultas a especialistas: Copago de \$25 por consulta

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Para las estadías hospitalarias cubiertas por Medicare: Copago de \$150 por día para los días 1-4 Copago de \$0 por día para los días 5-90 60 días de reserva de por vida están cubiertos por un copago de \$0 por día. Máximo de \$600 por estadía</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Para las estadías hospitalarias cubiertas por Medicare: Copago de \$375 por estadía 60 días de reserva de por vida están cubiertos por un copago de \$0 por día. Para las hospitalizaciones con un diagnóstico confirmado de COVID-19, no se aplicará el costo compartido de \$375.</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.6 para obtener detalles). (costo por suministro de 30 días)</p>	<p>Deducible: \$100 El deducible solamente se aplica a los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5. No hay deducible para Insulinas Selectas. Usted paga un copago de \$30 a \$35 por un suministro de 30 días para Insulinas Selectas. Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos de Nivel 1: <i>Costo compartido estándar:</i> Copago de \$3 <i>Costo compartido preferido:</i> Copago de \$0</p>	<p>Deducible: \$100 El deducible solamente se aplica a los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5. No hay deducible para Insulinas Selectas. Usted paga un copago de \$30 a \$35 por un suministro de 30 días para Insulinas Selectas. Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos de Nivel 1: <i>Costo compartido estándar:</i> Copago de \$3 <i>Costo compartido preferido:</i> Copago de \$0</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)	Medicamentos de Nivel 2: <i>Costo compartido estándar:</i> Copago de \$10 <i>Costo compartido preferido:</i> Copago de \$5	Medicamentos de Nivel 2: <i>Costo compartido estándar:</i> Copago de \$15 <i>Costo compartido preferido:</i> Copago de \$0
	Medicamentos de Nivel 3: <i>Costo compartido estándar:</i> Copago de \$45 Copago de \$35 para Insulinas Selectas <i>Costo compartido preferido:</i> Copago de \$40 Copago de \$30 para Insulinas Selectas	Medicamentos de Nivel 3: <i>Costo compartido estándar:</i> Copago de \$45 Copago de \$35 para Insulinas Selectas <i>Costo compartido preferido:</i> Copago de \$40 Copago de \$30 para Insulinas Selectas
	Medicamentos de Nivel 4: <i>Costo compartido estándar:</i> Copago de \$90 <i>Costo compartido preferido:</i> Copago de \$80	Medicamentos de Nivel 4: <i>Costo compartido estándar:</i> Copago de \$90 <i>Costo compartido preferido:</i> Copago de \$80
	Medicamentos de Nivel 5: <i>Costo compartido estándar:</i> Coseguro del 31% <i>Costo compartido preferido:</i> Coseguro del 31%	Medicamentos de Nivel 5: <i>Costo compartido estándar:</i> Coseguro del 31% <i>Costo compartido preferido:</i> Coseguro del 31%

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

Resumen de costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan	5
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	5
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual	5
Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	6
Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores.....	6
Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias.....	7
Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	7
Sección 2.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	9
SECCIÓN 3 Cambios administrativos	14
SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir	14
Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en KelseyCare Advantage Gold	14
Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan	15
SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan	16
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	16
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	17
SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?	18
Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de KelseyCare Advantage Gold	18
Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	18

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

El 1 de enero de 2022, el nombre de nuestro plan cambiará de KelseyCare Advantage Rx a KelseyCare Advantage Gold.

En diciembre de 2021, usted recibirá una tarjeta de identificación nueva. Su nueva tarjeta de identificación reflejará el cambio en el nombre del plan de KelseyCare Advantage Rx a KelseyCare Advantage Gold.

Los únicos cambios en el plan en el que está inscrito figuran en el documento. No es necesario que llame a Servicios para los miembros sobre el cambio de nombre.

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

Sección 2.1 – 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).	\$0	\$0
Prima mensual para Beneficios complementarios opcionales de odontología La prima de este plan aplica a usted solamente si está inscrito en los Beneficios complementarios opcionales de odontología. (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$32.80	\$32.80

- 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 para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por 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 7 acerca de la “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

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

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los costos de sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$3,450	\$3,450 Una vez que haya pagado \$3,450 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. El *Directorio de proveedores* actualizado se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores*. **Revise el Directorio de proveedores de 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 el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.

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

Sección 2.4 – Cambios en 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 costo compartido preferido, lo que puede ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias dentro de la red para ciertos medicamentos.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. El *Directorio de farmacias* actualizado se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de farmacias*. **Revise el *Directorio de farmacias de 2022* para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 2.5 – 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 *Evidencia de cobertura de 2022*.

Servicios del programa de tratamiento de opioides

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

- Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration, FDA) para el tratamiento asistido por medicamentos (Medically-Assisted Treatment, MAT)
- Dispensación y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde)
- Asesoramiento sobre el consumo de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas de toxicología
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Medicamentos con receta excluidos	<u>No</u> están cubiertos	Ciertos medicamentos excluidos ahora están cubiertos. Consulte el Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura para obtener detalles.
Atención hospitalaria para pacientes internados	<p><u>Dentro de la red:</u> Para las estadías hospitalarias cubiertas por Medicare: Usted paga un copago de \$150 por día para los días 1-4 Copago de \$0 por día para los días 5-90</p> <p>60 días de reserva de por vida están cubiertos por un copago de \$0 por día.</p> <p>Máximo de \$600 por estadía.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Para las estadías hospitalarias cubiertas por Medicare: Usted paga un copago de \$375 por estadía.</p> <p>60 días de reserva de por vida están cubiertos por un copago de \$0 por día.</p> <p>Para las hospitalizaciones con un diagnóstico confirmado de COVID-19, no se aplicará el costo compartido de \$375.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Atención de salud mental para pacientes internados	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$150 por día para los días 1-4 Copago de \$0 por día para los días 5-90 Máximo de \$600 por estadía.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$375 por estadía.</p>
Beneficio de comidas	<p><u>Dentro de la red:</u> <u>No</u> está cubierto</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga un copago de \$0 por hasta 2 comidas al día durante los 7 días después del alta de una hospitalización con un diagnóstico de COVID-19. Se requiere autorización previa.</p>

Sección 2.6 – 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 electrónicamente.

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. **Les recomendamos a los miembros actuales** solicitar una excepción antes del próximo año.
 - 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 los 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 los 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 la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura). Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el 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.

Si se le concede una excepción al formulario, recibirá una carta de aprobación en la que se le indicará la fecha en la que la excepción vencerá. No es necesario que haga una solicitud nueva hasta que esa fecha haya pasado.

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

Cuando realicemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, usted todavía puede consultar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo planeado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios de los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 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 los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros hemos incluido un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió el inserto con este paquete, llame a Servicios para los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. La cantidad que paga 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 del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web www.kelseycareadvantage.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$100.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un copago de \$0 de costo compartido preferido y un copago de \$3 de costo compartido estándar para un suministro de 30 días de medicamentos de Nivel 1, y un copago de \$5 de costo compartido preferido y un copago de \$10 de costo compartido estándar para un suministro de 30 días de medicamentos de Nivel 2, y el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.</p> <p>No hay deducible para KelseyCare Advantage Rx para Insulinas Selectas. Usted paga un copago de \$30 a \$35 por un suministro de 30 días para Insulinas Selectas.</p>	<p>El deducible es de \$100.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un copago de \$0 de costo compartido preferido y un copago de \$3 de costo compartido estándar para un suministro de 30 días de medicamentos de Nivel 1, un copago de \$0 de costo compartido preferido y un copago de \$15 de costo compartido estándar para un suministro de 30 días de medicamentos de Nivel 2, y el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.</p> <p>No hay deducible para KelseyCare Advantage Gold para Insulinas Selectas. Usted paga un copago de \$30 a \$35 por un suministro de 30 días para Insulinas Selectas.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de cobertura.*

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura.</i></p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (Genérico preferido): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$3 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2 (Genérico): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$10 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$5 por receta.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (Genérico preferido): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$3 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2 (Genérico): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$15 por receta. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$0 por receta.</p>

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)	Nivel 3 (Marca preferida): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$45 por receta. Usted paga un copago de \$35 para Insulinas Selectas por receta.	Nivel 3 (Marca preferida): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$45 por receta. Usted paga un copago de \$35 para Insulinas Selectas por receta.
	<i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$40 por receta. Usted paga un copago de \$30 para Insulinas Selectas por receta.	<i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$40 por receta. Usted paga un copago de \$30 para Insulinas Selectas por receta.
	Nivel 4 (Medicamento no preferido): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$90 por receta.	Nivel 4 (Medicamento no preferido): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un copago de \$90 por receta.
	<i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$80 por receta.	<i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un copago de \$80 por receta.
	Nivel 5 (De especialidad): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un coseguro del 31%.	Nivel 5 (De especialidad): <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga un coseguro del 31%.
	<i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un coseguro del 31%.	<i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga un coseguro del 31%.
<hr/> Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,130, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).	<hr/> Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).	<hr/> Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).

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 en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

KelseyCare Advantage Gold ofrece cobertura adicional durante el período sin cobertura para Insulinas Selectas. Durante la Etapa del período sin cobertura, los costos que tendrá que pagar de su bolsillo para Insulinas Selectas serán un copago de \$30 a \$35. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

La siguiente información describe los cambios administrativos para el próximo año.

Descripción	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Artículos de venta libre	Los artículos de venta libre elegibles están disponibles en cualquier KelseyPharmacy.	Los artículos elegibles están disponibles en locaciones participantes de CVS y por pedido en línea o por teléfono a través del catálogo del plan para entrega a su domicilio mediante OTC Health Solutions.

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en KelseyCare Advantage Gold

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan KelseyCare Advantage Gold.

Sección 4.2 – 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 cambiarse 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 2.1 con respecto a 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, consulte el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 6), o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área a través del 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 los costos, la cobertura y las calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Como recordatorio, KS Plan Administrators, LLC ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, insíbrase en el nuevo plan. Su inscripción en KelseyCare Advantage Gold se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, insíbrase en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en KelseyCare Advantage Gold se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (en la Sección 8.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
 - *O bien*, puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan

Si desea 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 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 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) pueden ayudarlo con las preguntas o problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con el Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) llamando al 1-800-252-9240. Para obtener más información sobre el Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) visite su sitio web (<https://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap>).

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

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

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas cuenta con un programa denominado Programa de salud renal de Texas (Texas Kidney Health Care Program, KHC) 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 sobre seguro médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 6 de este folleto).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y de estado de 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 estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?

Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de KelseyCare Advantage Gold

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días a la semana, desde el 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Servicio de mensajería utilizado los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2022* (describe en detalle 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 obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2022* para KelseyCare Advantage Gold. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios y medicamentos con receta cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). 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 a través del

Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para ver 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 & You 2022* (Medicare y Usted 2022). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Method	KelseyCare Advantage Servicios para Miembros - Información de contacto	
Call	<p>1-866-535-8343</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.</p> <p>Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Utilizamos los servicios de mensajería los fines de semana, después de horas y en días festivos federales. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>	
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.</p> <p>Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Utilizamos los servicios de mensajería los fines de semana, después de horas y en días festivos federales.</p>	
Fax	713-442-5450	
Write	<p>KelseyCare Advantage ATTN: Member Services 11511 Shadow Creek Parkway Pearland, TX 77584</p>	<p>- OR - KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832</p>
Website	www.kelseycareadvantage.com	

Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (HICAP)

El Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito de seguro de salud local a personas con Medicare

METHOD	Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (HICAP) (Texas' SHIP) – Información de contacto
CALL	1-800-252-9240
TTY	<p>1-800-735-2989</p> <p>Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.</p>
WRITE	<p>701 West 51st Street MC: W352 Austin, TX 78751</p>
Website	https://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap

® El logotipo de CVS Caremark es una marca comercial y/o marca comercial registrada de CVS Caremark y/o una de sus filiales.

Declaración de divulgación de PRA De acuerdo con la Ley de reducción de papeleo de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de OMB válido. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.