

Imperial Insurance Value (HMO C-SNP) ofrecido por Imperial Insurance Companies, Inc. (HMO) (HMO SNP)

Aviso anual de cambios para 2021

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Imperial Insurance Value (HMO C-SNP). 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 1.5 y 1.6 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?
 - ¿Los 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 2021 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado con respecto al año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos anuales 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). Estos cuadros 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.
 - ¿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.
- 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 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 (Medicare y Usted).
 - Consulte la Sección 3.2 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 2020, permanecerá inscrito en Imperial Insurance Value (HMO C-SNP).
- 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, inscríbase en un plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2020.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, permanecerá inscrito en Imperial Insurance Value (HMO C-SNP).
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. 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 1-800-838-8271. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo, lunes a domingo, de 6:00 a.m. a 8:00 p.m. PST o del 1 de abril al 30 de septiembre, lunes a viernes, de 6:00 a.m. a 8:00 p.m. PST excepto los días festivos.
- Este documento podría estar disponible en otros formatos incluyendo Braille, letra grande u otros formatos alternativos. Para obtener información adicional, llame a nuestro Departamento de Membresía al número de teléfono indicado anteriormente.
- **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 Imperial Insurance Value (HMO C-SNP)

- Imperial Insurance Companies, Inc. es un plan (HMO) (HMO SNP) con un Contrato de Medicare. La inscripción en Imperial Insurance Companies (HMO) (HMO SNP) depende de la renovación del contrato
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Imperial Insurance Companies. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Imperial Insurance Value (HMO C-SNP).

H2793_191 ANOC 005_M SP Alternate Format 10/02/20

Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y 2021 para Imperial Insurance Value (HMO C-SNP) 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.imperialhealthplan.com. También puede consultar la *Evidencia de cobertura* adjunta para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|---|---|---|
| Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles. | \$32.74 para la prima de la Parte D | \$0 para la prima de la Parte D |
| Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles). | \$4,000 | \$2,999 |
| Consultas en el consultorio del médico | Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta Consultas a especialistas: \$0 de copago por consulta | Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta Consultas a especialistas: \$0 de copago por consulta |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (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>Usted paga un copago de \$0 durante los 2 primeros días de su hospitalización</p> <p>Después de esto, usted paga un copago de \$100 al día por días 1 a 5 para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por días 6 a 90</p> <p>Nuestro plan proporciona un máximo de 60 días de Reserva de por Vida. Usted paga un copago de \$670 al día por días 1 a 60</p> | <p>Usted paga un copago de \$0 durante los 2 primeros días de su hospitalización</p> <p>Después de esto, usted paga un copago de \$125 al día por días 1 a 5 para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por días 6 a 90</p> <p>Nuestro plan proporciona un máximo de 60 días de Reserva de por Vida. Usted paga un copago de \$670 al día por días 1 a 60</p> |
| <p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p> <p>Para averiguar qué medicamentos son insulinas selectas, revise la Lista de medicamentos más reciente proporcionada electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar al Departamento de Membresía. (Los números de teléfono para el Departamento de Membresía están en la contraportada de este folleto).</p> | <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento de nivel 1: \$0 de copago • Medicamento de nivel 2: \$5 de copago • Medicamento de nivel 3: \$45 de copago • Medicamento de nivel 4: \$90 de copago • Medicamento de nivel 5: 33% de coseguro • Medicamento de nivel 6: \$3 de copago | <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento de nivel 1: \$0 de copago • Medicamento de nivel 2: \$5 de copago • Medicamento de nivel 3: \$45 de copago <ul style="list-style-type: none"> ○ Insulinas selectas: \$0 • Medicamento de nivel 4: \$90 de copago • Medicamento de nivel 5: 33% de coseguro • Medicamento de nivel 6: \$3 de copago |

Aviso anual de cambios para 2021

Índice

| | |
|--|-----------|
| Resumen de costos importantes para 2021 | 1 |
| SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo..... | 4 |
| Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual..... | 4 |
| Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo..... | 4 |
| Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores | 5 |
| Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias | 5 |
| Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos | 6 |
| Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D | 9 |
| SECCIÓN 2 Cambios administrativos | 13 |
| SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir..... | 14 |
| Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Imperial Insurance Value (HMO C-SNP)..... | 14 |
| Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan..... | 14 |
| SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan | 15 |
| SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare..... | 16 |
| SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta | 16 |
| SECCIÓN 7 Preguntas | 17 |
| Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Imperial Insurance Value (HMO C-SNP)..... | 17 |
| Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare..... | 18 |

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|---|-------------------------------------|---------------------------------|
| Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare). | \$32.74 para la prima de la Parte D | \$0 para la prima de la Parte D |

- 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 posee 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.

Sección 1.2 – 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 | 2020 (este año) | 2021 (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. Sus costos para medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. | \$4,000 | \$2,999 Una vez que haya pagado \$2,999 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 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de proveedores en el sobre con este folleto. En nuestro sitio web www.imperialhealthplan.com, se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. 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 2021 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 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.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de farmacias en el sobre con este folleto. En nuestro sitio web www.imperialhealthplan.com, se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. 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 2021 para conocer qué farmacias se encuentran 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 *Evidencia de cobertura de 2021*.

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--------------------------------|--|--|
| Servicios de ambulancia | Usted paga un copago de \$100 por cada viaje de ida cubierto por Medicare por viaje aérea. | Usted paga un copago de \$125 por cada viaje de ida cubierto por Medicare por viaje aérea. Usted paga 20% del costo total por cada viaje de ida cubierto por Medicare por viaje por aire. |
| Acupuntura | Usted paga un copago de \$15 por tratamiento. | Acupuntura rutinaria <u>no</u> está cubierta. |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--|---|---|
| Servicios odontológicos | <p>Servicios odontológicos rutinarios: Usted paga un copago de \$0 por servicios cubiertos cada año hasta \$500.</p> <p>Esto incluye radiografías cada año.</p> <p>Servicios odontológicos no rutinarios: Usted paga un copago de \$0 por servicios cubiertos cada año hasta \$1000.</p> <p>Beneficios odontológicos proporcionados por Liberty Dental.</p> | <p>Servicios odontológicos rutinarios: Usted paga un copago de \$0 por servicios cubiertos cada año hasta \$500.</p> <p>Esto incluye radiografías cada seis meses.</p> <p>Servicios odontológicos no rutinarios: Usted paga un copago de \$0 por servicios cubiertos cada tres meses hasta \$500.</p> <p>Beneficios odontológicos proporcionados por Healthplex Dental.</p> |
| Servicios de emergencia | Usted paga un copago de \$90 por servicios de emergencia recibidos en EE. UU. | Usted paga un copago de \$120 por servicios de emergencia recibidos en EE. UU. |
| Atención de emergencia/urgencia a nivel mundial | Usted paga un copago de \$90 por servicios de emergencia o urgencia recibidos a nivel mundial (fuera de EE. UU.) | Usted paga un copago de \$0 por servicios de emergencia o urgencia recibidos a nivel mundial (fuera de EE. UU.) |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|---|---|---|
| Atención hospitalaria para pacientes internados | <p>Usted paga un copago de \$0 durante los 2 primeros días de su hospitalización</p> <p>Si permanece en el hospital más de 2 días, usted paga un copago de \$100 al día por días 1–5 y un copago de \$0 por días 6–90.</p> <p>Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga un copago de \$670 al día por días 1–60.</p> | <p>Usted paga un copago de \$0 durante los 2 primeros días de su hospitalización</p> <p>Si permanece en el hospital más de 2 días, usted paga un copago de \$125 al día por días 1–5 y un copago de \$0 por días 6–90.</p> <p>Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga un copago de \$670 al día por días 1–60.</p> |
| Atención de salud mental para pacientes internados | <p>Usted paga un copago de \$0 durante los 2 primeros días de su hospitalización</p> <p>Si permanece en el hospital más de 2 días, usted paga un copago de \$100 al día por días 1–5 y un copago de \$0 por días 6–90.</p> <p>Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga un copago de \$670 al día por días 1–60.</p> | <p>Usted paga un copago de \$0 durante los 2 primeros días de su hospitalización</p> <p>Si permanece en el hospital más de 2 días, usted paga un copago de \$200 al día por días 1–7 y un copago de \$0 por días 8–90.</p> <p>Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga un copago de \$670 al día por días 1–60.</p> |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--|---|--|
| Terapia para pacientes externos, incluidos los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla | <p>Usted paga un copago de \$10 por cada servicio de rehabilitación de terapia ocupacional para pacientes externos cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada servicio de fisioterapia y terapia del habla cubierto por Medicare.</p> | <p>Usted paga un copago de \$15 por cada servicio de rehabilitación de terapia ocupacional para pacientes externos cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$15 por cada servicio de fisioterapia y terapia del habla cubierto por Medicare.</p> |
| Servicios de telesalud adicionales | <p>La mayoría de los servicios de telesalud <u>no</u> están cubiertos</p> | <p>Usted paga un copago de \$0 por ciertos servicios de telesalud adicionales, incluyendo los servicios para el cuidado de salud primario.</p> <p>Se requieren autorización previa y remisión.</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”. Una copia de nuestra Lista de medicamentos está incluida en este sobre.

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 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.

La mayoría de las excepciones al formulario son otorgadas hasta el final del año del plan. Es posible que cualquier excepción al formulario otorgada durante el año actual del plan tenga que ser presentada nuevamente para el año del plan de 2021.

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 realizamos estos cambios en 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. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo planeado y proporcionaremos otra información obligatoria 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 no se aplica en su caso.** Nosotros le enviamos 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 ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre, 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.imperialhealthplan.com. También puede consultar la *Evidencia de cobertura* adjunta para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

| Etapa | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|---|---|---|
| Etapa 1: Etapa del deducible anual | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. No hay deducible de Imperial Insurance Value (HMO C-SNP) para insulinas selectas. Usted paga \$0 por insulinas selectas. |

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y los 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 | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--|--|--|
| Etapa 2: 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. | Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares: | Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares: |

| Etapa | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|---|--|---|
| <p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</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 que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta para 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 nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p> | <p>Medicamentos genéricos preferidos – Nivel 1: Usted paga \$0 por receta</p> <p>Medicamentos genéricos – Nivel 2: Usted paga \$5 por receta</p> <p>Medicamentos de marca preferidos – Nivel 3: Usted paga \$45 por receta</p> <p>Medicamento no preferido – Nivel 4: Usted paga \$90 por receta</p> <p>Medicamentos especializados – Nivel 5: Usted paga 33% del costo total</p> <p>Medicamentos para la Atención Selecta – Nivel 6: Usted paga \$3 por receta</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$4,020 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa del periodo sin cobertura).</p> | <p>Medicamentos genéricos preferidos – Nivel 1: Usted paga \$0 por receta</p> <p>Medicamentos genéricos – Nivel 2: Usted paga \$5 por receta</p> <p>Medicamentos de marca preferidos – Nivel 3: Usted paga \$45 por receta. Usted paga \$0 por insulinas selectas.</p> <p>Medicamento no preferido – Nivel 4: Usted paga \$90 por receta.</p> <p>Medicamentos especializados – Nivel 5: Usted paga 33% del costo total</p> <p>Medicamentos para la Atención Selecta – Nivel 6: Usted paga \$3 por receta</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$4,130 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa del periodo sin 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 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.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) ofrece cobertura adicional durante el período sin cobertura para determinadas insulinas. Durante la Etapa del período sin cobertura, sus costos del bolsillo para determinadas insulinas serán \$0.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

| Descripción | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|----------------------------------|---|--|
| Área de servicio del plan | En 2020 el área de servicio de su plan consiste en los siguientes condados: Arizona – Maricopa y Pima Texas- Bexar, Collin, Comal, Dallas, Denton, El Paso, Harris, Hays, Tarrant, Travis y Williamson. | En 2021 el área de servicio de su plan consiste en los siguientes condados: Arizona – Maricopa Coconino, Pima, Pinal y Yavapai Nevada – Clark New Mexico - Bernalillo Utah – Salt Lake Texas- Bexar, Collin, Comal, Dallas, Denton, El Paso, Fort Bend, Harris, Hays, Montgomery, Nueces, Tarrant, Travis, Williamson y Wise. |

| Descripción | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--|--------------------|---|
| Administrador de beneficios de recetas médicas. Comuníquese con esta compañía para las decisiones de cobertura sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. | EnvisionRx Options | Elixir Teléfono: 1-833-667-3497 Las llamadas a este número son gratuitas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Fax: 1-877-503-7231 Correo: 2181 E. Aurora Road, Suite 201 Twinsburg, OH 44087 |

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Imperial Insurance Value (HMO C-SNP)

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 hasta el 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en Imperial Insurance Value (HMO C-SNP).

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2021, 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 2.1 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, consulte la publicación *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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.**

Como recordatorio, Imperial Insurance Companies, Inc. ofrece otros planes de salud 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 **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Imperial Insurance Value (HMO C-SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Imperial Insurance Value (HMO C-SNP).
- 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 7.1 de este folleto 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 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 2021.

¿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 2021 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 2021. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 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.

SHIP 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 SHIP pueden ayudarlo con las preguntas o los 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 SHIP en su área usando la siguiente información.

| SHIP estatal | Teléfono | Sitio web |
|--------------|----------------|---|
| Arizona | 1-800-432-4040 | https://www.azahcccs.gov/ |
| Nevada | 1-800-307-4444 | http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog/ |
| New Mexico | 1-800-432-2080 | http://www.nmaging.state.nm.us/ |
| Utah | 1-877-424-4640 | https://insurance.utah.gov/consumer/seniors |
| Texas | 1-800-252-3439 | http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/ |

SECCIÓN 6 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 a las siguientes opciones:
 - 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 Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7:00 a. m. a 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).

- 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 estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus 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 ADAP en su estado. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a su ADAP.

| ADAP estatal | Teléfono | Sitio web |
|--|----------------|---|
| Arizona ADAP | 1-888-311-7632 | http://www.ramsellcorp.com/individuals/az.aspx |
| Nevada ADAP | 1-888-311-7632 | http://www.ramsellcorp.com/individuals/nv.aspx |
| New Mexico Department of Health HIV Services Program | 1-505-827-2435 | https://nmhivguide.org/ |
| Utah – Ryan White Part B | 1-801-538-6197 | http://health.utah.gov/epi/treatment/ |
| Texas HIV Medication Program | 1-800-255-1090 | https://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/ |

SECCIÓN 7 Preguntas

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Imperial Insurance Value (HMO C-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-838-8271. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas del 1 de octubre al 31 de marzo, lunes a domingo, de 6:00 a.m. a 8:00 p.m. PST, o del 1 de abril al 30 de septiembre, lunes a viernes, de 6:00 a.m. a 8:00 p.m. PST excepto los días festivos.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2021* (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 2021. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2021* para Imperial Insurance Value (HMO C-SNP). 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 cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.imperialhealthplan.com. También puede consultar la

adjunta para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.imperialhealthplan.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 7.2 – 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 2021* (Medicare y Usted 2021)

Usted puede leer el manual *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021). 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.