

Provider Partners Illinois Advantage Plan (HMO-ISNP) es un plan que ofrece Provider Partners Health Plan

Aviso anual de cambios para el año 2021

Actualmente, está inscrito como miembro de Provider Partners Illinois Advantage Plan. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Esta guía indica los cambios.*

- **Si desea hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año, puede hacerlos desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**
-

Qué debe hacer ahora

1. PREGÚNTESE: Qué cambios le afectan a usted

- Revise los cambios a los beneficios y los costos del plan para saber si le afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora mismo para asegurarse de que satisfaga sus necesidades para el próximo año.
 - ¿Se ven afectados por los cambios los servicios que usted usa?
 - Consulte las Secciones 1.5 y 1.6 para obtener información sobre los cambios a los beneficios y costos del plan.
- Revise en esta guía los cambios a nuestra cobertura de medicamentos con receta para saber si le afectan.
 - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos?
 - ¿Están sus medicamentos en otro nivel que tiene otro costo compartido?
 - ¿Tiene nuevas restricciones alguno de sus medicamentos? (Por ejemplo, si necesita nuestra aprobación para surtir una receta)
 - ¿Podrá seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Existen cambios en el costo al utilizar una farmacia en particular?
 - Consulte la Sección 1.6 de la Lista de medicamentos 2021 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de costo más bajos que pudieran estar disponibles; esto le ayudaría a ahorrar en los gastos de su bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices). Estas tablas indican qué fabricantes han aumentado sus precios y, además, muestran información adicional sobre los precios de los medicamentos de un año a otro. Tenga presente que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

- Compruebe que sus médicos y demás proveedores de servicios médicos continúen en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos, incluso los especialistas que consulta regularmente, en nuestra red?
 - ¿Están en nuestra red los hospitales y demás proveedores de servicios médicos que usted consulta?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información acerca de nuestro Directorio de proveedores.
- Considere los costos generales del cuidado de su salud.
 - ¿Cuáles serán los gastos de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que usa regularmente?
 - ¿Cuánto costarán la prima y los deducibles del plan?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Pregúntese si está conforme con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Revise qué coberturas y qué costos de planes existen en el área donde usted reside.
 - Use la función de búsqueda personalizada del Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista que aparece en la contraportada del manual Medicare y Usted.
 - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información acerca de sus opciones.
- Una vez que se decida por un plan, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Usted decide si se cambia de plan.

- Si no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2020, usted será inscrito en Provider Partners Illinois Advantage Plan.
- Para cambiarse a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo en español.
- Comuníquese con nuestro número de Servicio al cliente al 1-800-405-9681 para obtener más información (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo; y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.

- Es posible que este material esté disponible en un formato alternativo, como (braille, en letra grande, etc.). Para obtener más información, comuníquese con Servicio al cliente.
- **La cobertura de este plan cumple los requisitos de una Cobertura de salud que califica (QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Provider Partners Illinois Advantage Plan

- Provider Partners Illinois Advantage Plan es un plan para personas con necesidades especiales (SNP) de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Provider Partners Medicare Advantage Plan depende de la renovación del contrato.
- Cada vez que esta guía se refiere a “nosotros,” “nos”, “nuestro”, “nuestra”, “nuestros” o “nuestras”, significa Provider Partners Health Plan. En el caso de “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Provider Partners Illinois Advantage Plan.

Y0135_ANOCIL21_M_S File & Use 09/08/2020

Resumen de costos importantes para el año 2021

La siguiente tabla compara en varias áreas importantes los costos del año 2020 con los del año 2021 de Provider Partners Illinois Advantage Plan. **Tenga presente que este es solamente un resumen de cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web: www.pphhealthplan.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al cliente para pedir que se le envíe por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Es posible que el costo de la prima sea mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$26	\$27.40
Deducible	\$198	\$203
Máximo de gastos de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de gastos de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información.)	\$6,700	\$7,550
Visitas al consultorio médico	Visitas de cuidado primario: 20 % del costo total por visita Visitas con un especialista: 20 % del costo total por visita	Visitas de cuidado primario: 20 % del costo total por visita Visitas con un especialista: 20 % del costo total por visita

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Estadías en el hospital como paciente hospitalizado Incluye cuidado de casos agudos, rehabilitación, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados comienza el mismo día en que usted es admitido formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior al alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p>Deducible de \$1,408 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: \$0 de coseguro por día para cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: \$352 de coseguro por día para cada período de beneficios.</p> <p>Día 91 en adelante: \$704 de copago por cada "día de reserva una vez en la vida" después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días en toda su vida).</p> <p>Pasados los días de reserva una vez en la vida: Usted paga todos los costos.</p>	<p>Deducible de \$1,484 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: \$0 de coseguro por día para cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: \$371 de coseguro por día para cada período de beneficios.</p> <p>Día 91 en adelante: \$742 de copago por cada "día de reserva una vez en la vida" después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días en toda su vida).</p> <p>Pasados los días de reserva una vez en la vida: Usted paga todos los costos.</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más información.)</p>	<p>Deducible: \$435</p> <p>Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: 25 % del costo total 	<p>Deducible: \$445</p> <p>Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 de medicamentos: 25 % del costo total

Aviso anual de cambios para el año 2021
Índice

Resumen de costos importantes para el año 2021	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	4
Sección 1.1. Cambios a la prima mensual	4
Sección 1.2. Cambios a su cantidad máxima de gasto de su bolsillo	4
Sección 1.3. Cambios en la red de proveedores.....	5
Sección 1.4. Cambios en la red de farmacias.....	6
Sección 1.5. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	6
Sección 1.6. Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	10
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	14
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	15
Sección 3.1. Si quiere quedarse en Provider Partners Illinois Advantage Plan	15
Sección 3.2. Si decide cambiar de plan.....	16
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan	16
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	17
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta	17
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	18
Sección 7.1. Su prima mensual de Provider Partners Illinois Advantage Plan	18
Sección 7.2. Cómo obtener ayuda de Medicare	18

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

Sección 1.1. Cambios a la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.)	\$26	\$27.40

- La prima mensual del plan será *mayor* si usted debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía a la Parte D. La multa se aplica por no haber contado (por 63 días o más) con una cobertura de medicamentos que pague, como mínimo, tanto como la cobertura de medicamentos de Medicare (a esta cobertura se le llama “cobertura acreditable”).
- Si sus ingresos son más altos, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- La prima mensual del plan será *menor* si recibe el programa “Ayuda adicional” para cubrir los costos de sus medicamentos con receta. Consulte la sección 6 con respecto al programa de “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 1.2. Cambios a su cantidad máxima de gasto de su bolsillo

Para su protección, Medicare exige que todos los planes de salud impongan un límite a la cantidad que usted paga de “gastos de su bolsillo” durante el año. Este límite se llama “máximo de gastos de su bolsillo”. Una vez que alcanza esa cantidad, generalmente usted no tiene que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B que reciba durante el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Máximo de gastos de su bolsillo Los costos que le corresponden a usted de los servicios médicos cubiertos (por ejemplo, copagos y deducibles) se toman en cuenta para alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos con receta no se toman en cuenta para alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo.	\$6,700	\$7,550 Una vez que haya pagado \$7,550 de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no tendrá que pagar nada por los 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

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Encuentre un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web www.pphealthplan.com. También puede llamar a Servicio al cliente y pedir información actualizada sobre los proveedores o solicitar que le enviemos un Directorio de proveedores por correo. **Consulte el Directorio de proveedores 2021 para saber si sus proveedores (su proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en la lista de hospitales, doctores y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de prestar servicios a su plan, y si esto ocurre, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, tenemos el deber de ofrecerle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible para avisarle, como mínimo, 30 días antes de que su proveedor deje nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que siga atendiendo sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si ustedes están bajo tratamiento médico, tienen derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario, y colaboraremos con ustedes para que así sea.
- Si usted cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado que reemplace a su proveedor anterior o que no lo están atendiendo como se debe, tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor para administrar su cuidado.

Sección 1.4. Cambios en la red de farmacias

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta depende de la farmacia en que los surte. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *únicamente* si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. Encuentre un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web www.pphealthplan.com. También puede llamar a Servicio al cliente y pedir información actualizada sobre los proveedores o solicitar que le enviemos un Directorio de farmacias por correo. **Consulte el Directorio de farmacias 2021 para conocer las farmacias que integran nuestra red.**

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

Nuestra cobertura de ciertos servicios médicos está siendo modificada para el próximo año. La información que aparece más abajo describe esos cambios. Para obtener más información acerca de la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (qué cubre el plan y qué paga usted)*, en su *Evidencia de cobertura del año 2021*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Acupuntura para el dolor lumbar crónico	La acupuntura para el dolor lumbar crónico <u>no</u> está cubierta por Medicare.	Usted paga el 20 % del costo total de cada visita cubierta por Medicare.
Servicios dentales (No cubiertos por Medicare)	Usted paga un copago de \$0 por servicios dentales integrales y preventivos combinados hasta una cantidad máxima anual de cobertura del plan de \$1,450 en total.	Usted paga un copago de \$0 por servicios dentales integrales y preventivos combinados hasta una cantidad máxima anual de cobertura del plan de \$1,500 en total.
Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes	Límites a los fabricantes para suministros para la diabetes y servicios.	Sin límites a los fabricantes para suministros para la diabetes y servicios.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	Límites en las marcas y fabricantes de equipos médicos duraderos que están cubiertos por el plan.	Sin límites en las marcas y fabricantes de equipos médicos duraderos que están cubiertos por el plan.
Aparatos auditivos	El beneficio de aparatos auditivos se limita a 1 aparato auditivo para el oído interno, o externo o para aparatos auditivos sobre el oído cada dos años para ambos oídos combinado hasta una cantidad máxima de cobertura del plan de \$1,000 en total.	El beneficio de aparatos auditivos no tiene límites para aparatos auditivos para el oído interno, o externo o para aparatos auditivos sobre el oído cada dos años para ambos oídos combinado hasta una cantidad máxima de cobertura del plan de \$1,000 en total.
Terapia de infusión en casa	La Terapia de infusión en casa <u>no</u> está cubierta.	Usted paga el 20 % del costo total de cada Terapia de infusión en casa cubierta por Medicare.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	Se requiere autorización previa.	Solo se requiere autorización previa para los medicamentos con receta de la Parte B que superen los \$500.
Otros profesionales de cuidado de la salud (por ejemplo, profesional de enfermería; un asistente médico)	Se requiere autorización previa.	No es necesario pedir autorización previa.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p>	<p><u>Servicios de sangre para pacientes ambulatorios</u></p> <p>Usted paga \$0 de copago por servicios de sangre cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Servicios de sangre para pacientes ambulatorios</u></p> <p>Usted paga el 20 % del costo total de los servicios de sangre cubiertos por Medicare.</p>
	<p>No se requiere autorización previa para servicios de sangre para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Se requiere autorización previa para los servicios de sangre para pacientes ambulatorios.</p>
	<p><u>Servicios de radiología para pacientes ambulatorios</u></p> <p>Se requiere autorización previa para todos los servicios de radiología para pacientes ambulatorios.</p>	<p><u>Servicios de radiología para pacientes ambulatorios</u></p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios de radiología de alta tecnología, lo que incluye, pero no se limita a imágenes por resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI), angiografía por resonancia magnética (magnetic resonance angiography, MRA), tomografía por emisión de positrones (positron emission tomography, PET), angiografía por tomografía computarizada (computed tomography angiography, CTA) tomografía computarizada (computed tomography, CT), y tomografía por emisión monofotónica (single-photon emission computed tomography, SPECT).</p>
		<p>No se requiere autorización previa para radiografías y radiología terapéutica.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Observación de pacientes ambulatorios en el hospital	Se requiere autorización previa.	No es necesario pedir autorización previa.
Servicios para la rehabilitación de pacientes ambulatorios	Se requiere autorización previa.	No se requiere autorización previa <u>si</u> los servicios de prestan en las instalaciones de un asilo de convalecencia contratado.
Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico (Servicios adicionales de telesalud)	Los servicios adicionales de telesalud <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga el 20 % del costo total de los servicios adicionales de telesalud cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa para los servicios adicionales de telesalud cubiertos por Medicare.
Servicios para podiatría (No cubiertos por Medicare)	Usted paga un copago de \$0 por cada visita de rutina para el cuidado de los pies, hasta 6 visitas por año.	Usted paga un copago de \$15 por cada visita de rutina para el cuidado de los pies, hasta 4 visitas por año.
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos	Usted paga \$0 de copago por las visitas al salón de belleza hasta \$100 al año por 2 visitas por año y 4 viajes en una sola dirección para transporte por motivos no médicos. EL PPHP permite que los miembros hagan 4 viajes en una sola dirección por año a lugares no relacionados con temas médicos, como a una tienda de comestibles a una distancia de no más de 60 millas.	Este plan ya no cubrirá las visitas al salón de belleza y el transporte por motivos no médicos.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Servicios de transporte	Usted paga \$0 de copago por hasta 28 viajes en una sola dirección cada año para lugares relacionados con la salud y aprobado por el plan, a través de un taxi, una camioneta o un transporte médico.	Usted paga \$0 de copago por hasta 28 viajes en una sola dirección cada año para lugares relacionados con la salud, a través de un taxi, traslados compartidos, una camioneta o un transporte médico.
Servicios requeridos de urgencia	<u>No</u> se cobra el costo compartido si se le admite en un hospital dentro de 3 días por la misma condición.	No se cobra el costo compartido si es admitido en el hospital dentro de 3 días por la misma condición.

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

Cambios a nuestra Lista de medicamentos

Nuestra Lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos electrónicamente.

Hicimos cambios a nuestra Lista de medicamentos, incluidos los cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y para ver si tendrán alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos:

- **Consulte a su médico (u otro profesional que receta) sobre cómo solicitar al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **A los miembros actuales les pedimos que soliciten una excepción antes del próximo año.**
 - Si desea saber cómo proceder para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones y quejas])* o llame a Servicio al cliente.
- **Consulte a su médico (u otro profesional que receta) para encontrar otro medicamento** que cubramos. Puede llamar al Departamento de Servicio al cliente para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica.

A fin de evitar una interrupción en la terapia, en algunos casos se nos exige que cubramos, en los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía, un suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario. (Si desea saber cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Mientras esté usando el suministro temporal debe hablar con su proveedor para decidir qué hará cuando se le termine el suministro temporal. Puede cambiar el medicamento por otro cubierto por el plan o pedir al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Para evitar los períodos sin cobertura, el plan proporcionará un suministro de hasta 30 días (o un suministro de 31 días en el centro de cuidado a largo plazo) del medicamento con receta y solicitado que no está en el formulario con cobertura de la Parte D, o el medicamento con receta que está en el formulario y que está sujeto a una autorización previa nueva, requisitos de terapia escalonada, o límites de cantidad más restrictivos cuando haya surtido una receta para medicamentos dentro de los últimos 120 días (este período retroactivo puede variar para algunas clases de medicamentos) desde la fecha del intento de surtir. El plan le enviará un aviso en el que se indique que debe cambiar a un medicamento en el formulario de Provider Partners Illinois Advantage Plan u obtener una excepción (Determinación de cobertura) para continuar tomando el medicamento que no está en el formulario.

Aplicaremos la política de transición durante varios años si se inscribe en Provider Partners Illinois Advantage Plan con fecha de vigencia de su inscripción del 1 de octubre, 1 de noviembre, o 1 de diciembre y necesita acceso a un suministro de transición. Además, le enviaremos un ANOC a los miembros con una fecha de vigencia de inscripción del 1 de octubre, 1 de noviembre o 1 de diciembre tan pronto como sea posible después de la fecha de vigencia de su inscripción que funciona como un aviso por anticipado de cualquier formulario o cambios de beneficios en el próximo año del contrato.

Si no cambia de planes para el año calendario 2021 y toma un medicamento como resultado de la excepción otorgada en el año del plan 2020, es posible que pueda continuar recibiendo esa excepción en el año del plan 2021.

Si Provider Partners Illinois Advantage Plan decide no respetar la excepción más allá del final del año del plan 2020, el plan le notificará por escrito al menos 60 días antes del año del plan actual y hará lo siguiente:

- 1) Le ofrecerá procesar una solicitud de excepción prospectiva para el próximo año del plan, o
- 2) Le proporcionará un suministro temporal de los medicamentos con receta solicitados al principio del año del plan y luego, le proporcionará un aviso en la que se indique que usted debe cambiarse a un medicamento de la terapia adecuada que esté en el formulario u obtener una excepción para tomar el medicamento solicitado.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que durante el año hagamos otros cambios que son permitidos por las reglas de Medicare.

A partir del 2021, podemos eliminar inmediatamente de nuestra Lista de medicamentos un medicamento de marca si, al mismo tiempo, decidimos reemplazarlo por un medicamento genérico nuevo en el mismo o menor nivel de costos compartidos y con las mismas o menos restricciones. Asimismo, cuando agreguemos el medicamento genérico nuevo, quizás decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente lo pasaremos a un nivel de costo compartido diferente o agregaremos nuevas restricciones.

Esto significa que, por ejemplo, si está tomando un medicamento de marca que se está reemplazando o pasando a un nivel de costo compartido superior, ya no recibirá siempre el aviso del cambio 30 días antes o conseguirá un suministro de un mes de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, comenzará a recibir información sobre el cambio específico realizado, pero es posible que llegue después de que se haga el cambio.

Cuando hagamos estos cambios a la Lista de medicamentos durante el año, usted puede hablar con su médico (u otro profesional autorizado para recetar medicamentos) para pedirnos que hagamos una excepción para cubrir su medicamento. Continuaremos actualizando de manera programada nuestra Lista de medicamentos en Internet y proporcionaremos cualquier otra información necesaria que identifique los cambios en los medicamentos. (Consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre los posibles cambios que hagamos a la Lista de medicamentos.)

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está inscrito en el programa Ayuda adicional que le brinda asistencia para pagar sus medicamentos, es posible que **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso**. Le enviamos un documento aparte, titulado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para quienes reciben el programa Ayuda adicional para pagar sus medicamentos” (también se le llama “Cláusula adicional del subsidio para personas de bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), con información sobre su cobertura de medicamentos. Si recibe el programa “Ayuda adicional” y no ha recibido este documento aparte a más tardar el 30 de septiembre del 2020, llame a Servicio al cliente y solicite la Cláusula adicional LIS (“LIS Rider”).

Las “etapas de pago de medicamentos” son cuatro. Lo que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago en que se encuentre. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

Enseguida se indican los cambios que tendrán el próximo año las dos primeras etapas: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: la etapa sin cobertura y la etapa de cobertura de gastos médicos mayores. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*, disponible en nuestro sitio web: www.pphealthplan.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al cliente para pedir que se le envíe por correo una *Evidencia de cobertura*.)

Cambios a la etapa de deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>En esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte de hasta que alcance el deducible anual.</p>	El deducible es \$435.	El deducible es \$445.

Cambios al costo compartido durante la etapa de cobertura inicial

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

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que pague su deducible anual, usted pasará 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 indicados en este renglón corresponden al suministro de un mes (30 días) si surte su receta en una farmacia de la red que proporciona un costo compartido estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de las recetas surtidas mediante el servicio de medicamentos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura.</i></p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Usted paga el 25 % del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que el total de los costos de sus medicamentos haya alcanzado \$4,020, usted pasará a la etapa siguiente (Etapa sin cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Usted paga el 25 % del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que el total de los costos de sus medicamentos haya alcanzado \$4,130, usted pasará a la etapa siguiente (Etapa sin cobertura).</p>

Cambios a la etapa sin cobertura y a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, es decir, la etapa sin cobertura y la etapa de cobertura de gastos médicos mayores, son para las personas con altos costos de medicamentos.

La mayoría de los miembros no llegan a la etapa sin cobertura y la etapa de cobertura de gastos médicos mayores. Para obtener información sobre los costos que le corresponden a usted en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual del plan	La prima de los miembros terminaba el primer día del mes.	La prima de los miembros termina el último día del mes.
Número de teléfono de servicio a socios sobre medicamentos con receta	Cambiar a un Número de teléfono de servicio a socios sobre medicamentos con receta: Para todas las preguntas sobre medicamentos con receta, el número de teléfono de servicios al socio era 1-800-405-9681.	Cambiar a un Número de teléfono de servicio a socios sobre medicamentos con receta: Para todas las preguntas sobre medicamentos con receta, el número de teléfono de servicios al socio es 1-844-846-8007.
Costo de su bolsillo de Medicare para medicamentos con receta.	Los pagos que usted realice por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos con receta de Medicare están incluidos en los gastos de su bolsillo.	Los pagos que usted realice por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos con receta de Medicare <u>no</u> están incluidos en los gastos de su bolsillo.

Descripción	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Situación de miembro del plan para personas con necesidades especiales	Si deja de calificar, pero se puede prever razonablemente que vuelva a cumplir los requisitos dentro de los 6 meses, seguirá cumpliendo los requisitos para ser miembro de nuestro plan.	Si deja de calificar, pero se puede prever razonablemente que vuelva a cumplir los requisitos dentro de 1 mes, seguirá cumpliendo los requisitos para ser miembro de nuestro plan.
Actualización del Administrador de beneficios de farmacia	Para el año 2020, el Administrador de beneficios de farmacia se conocía bajo el nombre de Envision Rx. Este nombre se mencionó en sus correos postales sobre recetas y en los documentos que se encuentran en el sitio web.	Para el año 2021, el Administrador de beneficios de farmacia cambió su nombre a Elixir (elixirsolutions.com).
Nombre de organización de comercialización	Podrá ver que se hace referencia a nuestro nombre de organización de comercialización como Provider Partners Health Plan of Illinois, Inc. durante esta guía.	Podrá ver que se hace referencia a nuestro nombre de organización de comercialización como Provider Partners Health Plan Inc. durante esta guía.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1. Si quiere quedarse en Provider Partners Illinois Advantage Plan

Para seguir en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en otro plan o no se cambia a Medicare Original a más tardar el 7 de diciembre, será inscrito automáticamente en nuestro plan Provider Partners Illinois Advantage Plan.

Sección 3.2. Si decide cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si decide cambiar de plan para el año 2021 siga estos pasos:

Paso 1: Sepa con qué opciones cuenta y compárelas

- Usted puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare oportunamente,
- *O BIEN*— usted puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si usted no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Si desea más información sobre Medicare Original y los distintos planes de Medicare, lea el manual *Medicare y Usted 2021*, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Use el Buscador de planes de Medicare en el sitio web del programa para encontrar información sobre los planes disponibles en su área. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **En este sitio encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará su inscripción en el plan Provider Partners Illinois Plan Advantage.
- Para cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta, inscríbese en ese plan de medicamentos nuevo. Se cancelará su inscripción en el plan Provider Partners Illinois Plan Advantage.
- Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta, usted debe optar por:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información acerca de cómo debe hacer esto, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono están en la Sección 7.1 de esta guía).
 - – *O BIEN*– Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite su baja del plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

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

¿Se pueden hacer cambios en otras fechas del año?

En ciertos casos, se permite hacer cambios en otras fechas del año. Por ejemplo, es posible que se les permita hacer cambios durante otros períodos del año a las personas que tienen Medicaid, a las personas que reciben el programa Ayuda adicional para pagar sus medicamentos, a las que tienen cobertura de parte de su empleador o que dejarán de tenerla y, también, a las personas que se trasladan fuera del área de servicio del plan. Para obtener más información, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Puede cambiar de proveedor de cuidado primario **en cualquier momento**. Para cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta cubiertos por Medicare) o cambiarse a un Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos separados) de en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Illinois, el SHIP se llama Senior Health Insurance Program.

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud locales a los beneficiarios de Medicare. Los consejeros del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender las opciones de su plan de Medicare, así como responder a preguntas para cambiar de planes. Puede llamar al programa Senior Health Insurance Program de su estado al 1-800-252-8966. Puede obtener más información sobre Senior Health Insurance Program a través del sitio web (www2.illinois.gov/aging/ship/Pages/default.aspx).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta

Es posible que usted califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta.

- **Programa "Ayuda adicional" de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda adicional con el fin de pagar sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta 75 % o más de sus medicamentos incluidas las primas mensuales, los deducibles anuales y el coseguro de sus medicamentos con receta. Además, aquellos que califican no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos y ni siquiera lo saben. Para ver si califica, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;

- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al, 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- A su Oficina estatal de Medicaid (solicitudes).

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1. Su prima mensual de Provider Partners Illinois Advantage Plan

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio al cliente al 1-800-405-9681. (Los usuarios de TTY, exclusivamente, deben llamar al 711). Nuestro horario de atención disponible para llamadas telefónicas es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo; y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre.

Le recomendamos leer su *Evidencia de cobertura 2021* (contiene información detallada de los costos y beneficios para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* contiene un resumen de los cambios a los costos y beneficios para el año 2021. Para obtener información detallada, consulte la *Evidencia de cobertura 2021* del plan Provider Partners Illinois Advantage Plan. La *Evidencia de cobertura* es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web: www.pphealthplan.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al cliente para pedir que se le envíe por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar el sitio web en: www.pphealthplan.com. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más reciente de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y de nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos).

Sección 7.2. Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). En este sitio encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para que pueda comparar los planes de salud de Medicare. Use el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare para encontrar información sobre los planes disponibles en su área. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.)

Lea *Medicare y Usted 2021*

Le conviene leer el manual *Medicare y Usted 2021*. Es una publicación que se envía por correo cada otoño a las personas inscritas en Medicare. Incluye un resumen de beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y contiene respuestas a preguntas frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de esta guía, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llame 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.