

# Provider Partners Illinois Advantage Plan (HMO I-SNP) es un plan que ofrece Provider Partners Health Plans

## Aviso anual de cambios para el año 2022

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 describe 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 1.1 y 1.5 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?
  - Revise la Lista de medicamentos de 2022 y consulte la Sección 1.6 para obtener más información sobre los cambios a 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) y haga clic en el enlace “dashboards” (tableros de control) en el medio de la segunda Nota hacia el final de la página. Estos tableros de control indican

qué fabricantes han aumentado sus precios y, además, muestran información adicional sobre los precios de los medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus 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](http://www.medicare.gov/plan-compare).
  - Revise la lista que aparece en la contraportada del manual Medicare y Usted 2022.
  - Consulte la Sección 4.2 para obtener más información sobre 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 2021, 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 Original Medicare (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.).
- **La cobertura de este plan cumple los requisitos de una Cobertura de salud que califica (Qualifying Health Coverage, 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](http://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.
- Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “para nosotros” o “nuestro o nuestra” en esta guía, se refieren a Provider Partners Health Plans. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a Provider Partners Illinois Advantage Plan:

Y0135\_ILANOC2022\_M\_SP File & Use [9/04/2021]

## Resumen de costos importantes para el año 2022

La siguiente tabla compara en varias áreas importantes los costos del año 2021 con los del año 2022 de Provider Partners Illinois Advantage Plan. **Tenga presente que este es solamente un resumen de cambios.** Podrá acceder a una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web: [www.pphealthplan.com](http://www.pphealthplan.com). Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al cliente para pedir que se le envíe por correo una Evidencia de cobertura.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Es posible que el costo de la prima sea mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$27.40	\$29.10
<b>Deducible</b>	\$203	\$233
<b>Máximo de gastos de su bolsillo</b> Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información.)	\$7,550	\$7,550

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p><b>Visitas al consultorio médico</b></p>	<p>Visitas de cuidado primario: 20 % del costo total por visita</p> <p>Visitas con un especialista: 20 % del costo total por visita</p>	<p>Visitas de cuidado primario: 20 % del costo total por visita</p> <p>Visitas con un especialista: 20 % del costo total por visita</p>
<p><b>Estadías en el hospital como paciente hospitalizado</b></p> <p>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 \$1,484 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: \$0 de copago por día para cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: \$371 de copago 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>Deducible de \$1,556 por cada periodo de beneficios .</p> <p>Día 1 a 60: \$0 de copago por cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: \$389 de copago por día por cada período de beneficios.</p> <p>Día 91 en adelante: \$778 de copago por cada "día de reserva una vez en la vida" después del día 90 por cada período de benecitos (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>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.6 para obtener más información).	Deducible: \$445  Coseguro durante la Etapa de Cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"><li>• Nivel 1 de medicamentos: 25 %</li></ul>	Deducible: \$480  Coseguro durante la Etapa de Cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"><li>• Nivel 1 de medicamentos: 25 %</li></ul>

## **Aviso anual de cambios para el año 2022**

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para el año 2022 .....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>5</b>
Sección 1.1: Cambios a la prima mensual .....	5
Sección 1.2: Cambios a su cantidad máxima de gasto de su bolsillo .....	5
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores .....	6
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias .....	7
Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	7
Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	10
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos .....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>15</b>
Sección 3.1: Si quiere quedarse en Provider Partners Illinois Advantage Plan .....	15
Sección 3.2: Si decide cambiar de plan .....	15
<b>SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan .....</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta .....</b>	<b>17</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Preguntas? .....</b>	<b>18</b>
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	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.)	\$27.40	\$29.10

- 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 usted que alcanza este máximo, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.



	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p><b>Costo</b></p> <p><b>Máximo de gastos de su bolsillo</b>            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.</p>	<p>\$7,550</p> <p>Solo los beneficios cubiertos por Medicare dentro de la red y los costos adicionales aplican a la cobertura de la cantidad máxima de gastos de bolsillo.</p>	<p>\$7,550</p> <p>Una vez que haya pagado \$7,550 de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.</p> <p>Los beneficios cubiertos por Medicare dentro de la red, los beneficios complementarios no cubiertos por Medicare y los costos adicionales aplican a la cobertura de la cantidad máxima de gastos de bolsillo.</p>

### Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

Nuestra red se ha modificado más de lo normal para el 2022. Encuentre un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web [www.pphealthplan.com/provider-directory](http://www.pphealthplan.com/provider-directory). 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.

**Le recomendamos que consulte nuestro *Directorio de proveedores actual para ver si sus proveedores de servicios (su proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) continúan estando 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. Existe una serie de razones por las que su proveedor podría dejar de ser parte de su plan, por eso, si su médico o especialista deja el plan, 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 usted está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y colaboraremos con usted para asegurarnos de 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](http://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 2022 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 2022.

### Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos

Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opiáceos (opioid use disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratarlo mediante un Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) agonistas y antagonistas de los opiáceos, que estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos.

- Suministro y administración de medicamentos del tratamiento asistido con medicamentos (si corresponde)
- Terapia para el consumo de sustancias
- Terapia individual y de grupo
- Pruebas toxicológicas
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

<b>Costo</b>	<b>2021 (este año)</b>	<b>2022 (próximo año)</b>
<b>Servicios adicionales de telesalud</b>	Se requiere autorización previa.	No es necesario pedir autorización previa.
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar</b>	Se requiere autorización previa.	No es necesario pedir autorización previa.
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Se requiere autorización previa.	No es necesario pedir autorización previa.
<b>Suministros y servicios para diabéticos, y zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos</b>	Para gastos facturados por más de \$500 se requiere autorización previa.	No es necesario pedir autorización previa.
<b>Servicios de diálisis</b>	Se requiere autorización previa.	No es necesario pedir autorización previa.
<b>Medicamentos recetados de la parte B de Medicare y medicamentos para infusión domiciliaria</b>	Para gastos facturados por más de \$500 se requiere autorización previa.	Para gastos facturados por más de \$1,500 se requiere autorización previa.
<b>Servicios de Terapia Ocupacional</b>	Se requiere autorización previa.	No es necesario pedir autorización previa.
<b>Servicios de sangre para pacientes ambulatorios</b>	Se requiere autorización previa.	No es necesario pedir autorización previa.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<b>Diagnóstico de pacientes ambulatorios y servicios radiológicos terapéuticos</b>	Para una tomografía computarizada se requiere autorización previa.	No se requiere autorización previa para una tomografía computarizada.
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>	Se requiere autorización previa.	No es necesario pedir autorización previa.
<b>Servicios para podiatría</b>	Usted paga un copago de \$15 para una cobertura de hasta 4 visitas cada año.	Usted paga un copago de \$0 tiene cobertura de hasta 4 visitas cada año.
<b>Servicios psiquiátricos</b>	Se requiere autorización previa.	No es necesario pedir autorización previa.
<b>Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos</b>	Su plan no cubrió este servicio	Usted paga \$0 por el programa de apoyo a los acompañantes que proporciona asistencia emocional y socialización al conectar a un miembro con un acompañante compatible o un acompañante K9. Esto puede incluir apoyo individual o en un entorno grupal. Las visitas de acompañantes tienen un límite de una hora por mes.

---

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

---

<b>Cambios a nuestra Lista de medicamentos</b>
--

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 recetada 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 2022 y toma un medicamento como resultado de la excepción otorgada en el año del plan 2021, es posible que pueda continuar recibiendo esa excepción en el año del plan 2022. Si Provider Partners Illinois Advantage Plan decide no respetar la excepción más allá del final del año del plan 2021, 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.

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 de 2021, 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](http://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	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b></p> <p>En esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos hasta que alcance el deducible anual.</p>	El deducible es \$445.	El deducible es \$480.

### 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	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></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 <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos indicados en este renglón corresponden al suministro de un mes (31 días) si surte su receta en una farmacia de la red que proporciona un costo compartido estándar. La cantidad de días en el suministro de un mes ha cambiado de 2021 a 2022 como se muestra en la tabla. 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 Evidencia de cobertura.</p>	<p>Su costo por un suministro de 30 días surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Nivel 1:</b> Usted paga el 25 % del costo total.</p> <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>	<p>Su costo por un suministro de 31 días surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Nivel 1:</b> Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p>Una vez que el total de los costos de sus medicamentos haya alcanzado \$4,430, 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**

<b>Descripción</b>	<b>2021 (este año)</b>	<b>2022 (próximo año)</b>
Áreas de servicio cubiertas	El área de servicio del Plan incluye los siguientes condados: Cook, McHenry, Will y Winnebago	El área de servicio del Plan añadirá a los siguientes condados para el año contractual 2022: DuPage y Kane
Cambio del número de teléfono del servicio del proveedor	El número de teléfono del Servicio del proveedor es 1-800-405-9681. (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.	El número de teléfono del Servicio del proveedor es 1-855-969-5907. (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.
Fecha de retirada de la Transferencia Electrónica de Fondos (Electronic Funds Transfer, EFT)	Los pagos se debitarán aproximadamente el día 15 de cada mes.	Los pagos se debitarán aproximadamente el día 25 de cada mes.
Número de fax para la presentación de denuncias y reclamaciones	El número de fax es el 844-593-6221.	El número de fax es el 888-918-2989.

## 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 2022 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 2022, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede usar 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](http://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.**

Como un recordatorio, Provider Partners Health Plan, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Es posible que haya diferencias en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos de esos otros planes.

#### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese 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**, inscribese 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 2022.

### ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En ciertas situaciones, se permite hacer cambios en otros momentos 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 2.3 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](http://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).
- **Ayuda para el costo compartido de las recetas de las personas con VIH o sida.** El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) garantiza que las personas que cumplen los requisitos de participación en el programa ADAP y que viven con el VIH o sida tengan acceso a medicamentos contra el virus que salvan la vida. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen un comprobante de residencia en su estado, su estado de VIH, bajos ingresos según lo define el estado y no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, que también están cubiertos por el programa ADAP, califican para recibir asistencia con el costo compartido a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP). Para obtener información sobre los criterios de participación, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese al 1-800-825-3518.

Illinois Medication Assistance Program

525 W. Jefferson Street, 1st Floor

Springfield, IL 62761

Teléfono: 800-825-3518

Fax: 217-785-8013

[adap.directory/illinois#:~:text=https%3A//www.dph.illinois.gov/topics-services/disea%E2%80%A6](https://www.dph.illinois.gov/topics-services/disea%E2%80%A6)

## 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. Las llamadas a estos números son gratis.

#### **Le recomendamos leer su Evidencia de cobertura 2022 (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 beneficios y costos para el año 2022. Para obtener información detallada, consulte la Evidencia de cobertura 2022 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. Podrá acceder a una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web: [www.pphealthplan.com](http://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](http://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](http://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](http://www.medicare.gov/plan-compare)).

**Lea Medicare y Usted 2022**

Puede leer el manual Medicare y usted de 2022. Cada otoño, este manual se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y contiene respuestas a preguntas frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.