

Denver Health Medicare Select (HMO) ofrecido por Denver Health Medical Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2021

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Denver Health Medicare Select (HMO). 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 [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).
 - Revise la lista en la contraportada del manual Medicare & You (Medicare y Usted).
 - Consulte la Sección 2.2 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 Denver Health Medicare Select (HMO).
- Si desea cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** para cambiar los planes, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, permanecerá inscrito en Denver Health Medicare Select (HMO).

- 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 del Plan de Salud al 303-602-2111 o comuníquese de manera gratuita al 1-877-956-2111. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos como el braille, en letra de imprenta grande u otros formatos alternativos.
- **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 irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Denver Health Medicare Select (HMO)

- Denver Health Medical Plan, Inc. es un plan HMO aprobado por Medicare. La inscripción a Denver Health Medical Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Denver Health Medical Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Denver Health Medicare Select (HMO).

H5608_002ANOC21SP_M File & Use 09/16/2020

Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y 2021 para Denver Health Medicare Select (HMO) 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 denverhealthmedicalplan.org. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|---|--|--|
| * Es posible que el proveedor de su plan deba brindar una remisión. † Se puede requerir autorización previa. | | |
| Prima mensual del plan ◆ ◆ Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles. | \$31.30 | \$34.30 |
| 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 2.2 para obtener detalles). | \$5,500 | \$4,750 |
| Consultas en el consultorio del médico | Consultas de atención primaria: \$0 por consulta *†Consultas a especialistas: \$35 por consulta | Consultas de atención primaria: \$0 por consulta *†Consultas a especialistas: \$25 por consulta |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--|--|---|
| <p>* Es posible que el proveedor de su plan deba brindar una remisión. † Se puede requerir autorización previa.</p> | | |
| <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>El plan cubre 90 días por período de beneficio.</p> <p>Días 1 al 5: \$300 de copago por cada período de beneficio</p> <p>Días 6 al 90: \$0 de copago por día</p> <p>Días 91 al 150: \$578 de copago por día de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida)</p> | <p>El plan cubre 90 días por período de beneficio.</p> <p>Días 1 al 5: \$300 de copago por cada período de beneficio</p> <p>Días 6 al 90: \$0 de copago por día</p> <p>Días 91 al 150: \$578 de copago por día de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida)</p> |
| <p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p> | <p>Deducible: \$250</p> <p>Copago/coseguro si corresponde durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$3 de copago por un suministro para un mes • Medicamentos de Nivel 2: \$9 de copago por un suministro para un mes • Medicamentos de Nivel 3: 25% coseguro por un suministro para un mes • Medicamentos de Nivel 4: 50% de coseguro por un suministro para un mes | <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro si corresponde durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1, medicamentos genéricos preferidos: \$3 de copago por un suministro para un mes, \$6 de copago por un suministro para dos meses; \$6 de copago por un suministro para tres meses • Medicamentos de Nivel 2, medicamentos genéricos: \$9 de copago por un suministro para un mes, \$18 de copago |

- Medicamentos de Nivel 5: 28% de coseguro por un suministro para un mes
- Medicamentos de Nivel 6: \$0 de copago por un suministro para un mes
- Medicamentos de Nivel 3, medicamentos de marca preferida: 25% de coseguro por un suministro para un mes, 25% de coseguro por un suministro para dos meses; 25% por coseguro por un suministro para tres meses
- Medicamentos de Nivel 4, medicamentos de marca no preferida: 50% de coseguro por un suministro para un mes, 50% de coseguro por un suministro para dos meses; 50% de coseguro por un suministro para tres meses
- Medicamentos de Nivel 5, medicamentos especializados: 33% de coseguro por un suministro para un mes
- Medicamentos de Nivel 6, medicamentos selectos: \$0 de copago por un suministro para un mes; \$0 de copago por un suministro para dos meses; \$18 de copago por un suministro para tres meses

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|---|---|---------------------------|
| <p>* Es posible que el proveedor de su plan deba brindar una remisión. † Se puede requerir autorización previa.</p> | | |
| | por un suministro para dos días; \$0 de copago por un suministro para tres días | |

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..... | 6 |
| | Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual | 6 |
| | Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo | 6 |
| | Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores..... | 7 |
| | Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias..... | 8 |
| | Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos..... | 8 |
| | Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D..... | 12 |
| SECCIÓN 2 | Cómo decidir qué plan elegir | 16 |
| | Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Denver Health Medicare Select (HMO)..... | 15 |
| | Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan | 16 |
| SECCIÓN 3 | Plazo para el cambio de plan | 18 |
| SECCIÓN 4 | Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare | 18 |
| SECCIÓN 5 | Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta..... | 19 |
| SECCIÓN 6 | Preguntas | 20 |
| | Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Denver Health Medicare Select (HMO) | 19 |
| | Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare | 19 |

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). | \$31.30 | \$34.30 |

- 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.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 acerca de “Ayuda adicional” de Medicare.

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

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten 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) |
|--|-----------------|---|
| * Es posible que el proveedor de su plan deba brindar una remisión. † Se puede requerir autorización previa. | | |
| Monto máximo que paga de su bolsillo | \$5,500 | \$4,750 |
| Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan y sus costos para medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. | | Una vez que haya pagado \$4,750 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. En nuestro sitio web denverhealthmedicalplan.org, se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud 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. En nuestro sitio web denverhealthmedicalplan.org, se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud 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) |
|--|----------------------|--|
| <p>* Es posible que el proveedor de su plan deba brindar una remisión. † Se puede requerir autorización previa.</p> | | |
| <p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico debe presentar las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene una duración de 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está asociado a una cirugía. • No está asociado a un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> | <p>Sin cobertura</p> | <p>Usted paga 20% del costo de los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.</p> |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--|---|---|
| <p>* Es posible que el proveedor de su plan deba brindar una remisión. † Se puede requerir autorización previa.</p> | | |
| <p>El tratamiento se debe interrumpir si el paciente no está mejorando o está manifestando una regresión.</p> | | |
| Servicios de terapia ocupacional*† | Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de terapia ocupacional. | Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de terapia ocupacional. |
| Servicios de médicos especialistas*† | Usted paga un copago de \$35 por cada consulta en el consultorio. | Usted paga un copago de \$25 por cada consulta en el consultorio. |
| Servicios de podología*† | Usted paga un copago de \$35 por cada consulta en el consultorio. | Usted paga un copago de \$25 por cada consulta en el consultorio. |
| Servicios de transporte | † Usted paga un copago de \$0 por un máximo de 25 traslados de ida y vuelta a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan cada año. | <p>Usted paga un copago de \$0 por un máximo de 35 traslados de ida y vuelta a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan cada año.</p> <p>No se requiere autorización previa.</p> |
| Servicios de atención de urgencia | Usted paga un copago de \$40 por cada consulta de atención de urgencia. | Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de atención de urgencia. |
| Otros servicios profesionales de atención de la salud*† | Usted paga un copago de \$35 por cada consulta en el consultorio. | Usted paga un copago de \$25 por cada consulta en el consultorio. |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--|---|---|
| <p>* Es posible que el proveedor de su plan deba brindar una remisión. † Se puede requerir autorización previa.</p> | | |
| <p>Establecimiento de enfermería especializada**</p> | <p>*† Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted pagará \$0 por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare siempre que cumpla los requisitos de elegibilidad.</p> <p>Si no cumple con los requisitos de elegibilidad, usted paga los siguientes montos por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare:</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <p>En 2020, los montos para cada período de beneficios son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 20: \$0 de copago por día • Días 21 al 100: \$176 de copago por día | <p>*† Estos son montos de costo compartido de 2020 y pueden cambiar en 2021. Denver Health Medicare Select (HMO) proporcionará los costos actualizados una vez que se publiquen.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted pagará \$0 por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare siempre que cumpla los requisitos de elegibilidad.</p> <p>Si no cumple con los requisitos de elegibilidad, usted paga los siguientes montos por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare:</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <p>En 2020, los montos para cada período de beneficios son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 20: \$0 de copago por día • Días 21 al 100: \$176 de copago por día |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--|--|--|
| <p>* Es posible que el proveedor de su plan deba brindar una remisión. † Se puede requerir autorización previa.</p> | | |
| Servicios de la visión | <p>Usted paga un copago de \$35 por los exámenes oculares cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por hasta un examen ocular de rutina suplementario cada año.</p> <p>Usted tiene una cobertura de hasta \$105 por lentes de contacto o 1 par de anteojos (lentes y marcos) cada año.</p> | <p>Usted paga un copago de \$25 por los exámenes oculares cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por hasta un examen ocular de rutina suplementario cada año.</p> <p>Usted tiene una cobertura de hasta \$200 por lentes de contacto o 1 par de anteojos (lentes y marcos) cada año.</p> |
| Servicios de audición | <p>Usted paga un copago de \$35 por los exámenes de diagnóstico de audición cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por hasta un examen de audición de rutina cada tres años.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por hasta una evaluación de adaptación de un audífono cada tres años.</p> <p>Usted tiene una cobertura de hasta \$1,000 por audífonos (ambos oídos combinados) cada tres años.</p> | <p>Usted paga un copago de \$25 por los exámenes de diagnóstico de audición cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por hasta un examen de audición de rutina cada tres años.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por hasta una evaluación de adaptación de un audífono cada tres años.</p> <p>Usted tiene una cobertura de hasta \$1,500 por audífonos (ambos oídos combinados) cada tres años.</p> |

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

| |
|---|
| Cambios en nuestra Lista de medicamentos |
|---|

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

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

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

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

Las excepciones del Formulario que se hayan concedido estarán cubiertas hasta la fecha final de la autorización. La excepción puede extenderse hasta el año siguiente.

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 puede no aplicarse 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 del 2020, llame a Servicios del Plan de Salud 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 denverhealthmedicalplan.org. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

| Etapa | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 2, 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.</p> | <p>El deducible es de \$250.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$3 y \$0 de costo compartido por los medicamentos del Nivel 1 y 6 y el costo total de los medicamentos del Nivel 2, 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.</p> | <p>Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p> |

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) |
|---|--|--|
| <p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>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>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$3 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$9 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferida: Usted paga 25% del costo total.</p> <p>Medicamentos de marca no preferida: Usted paga 50% del costo total.</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga 28% del costo total.</p> <p>Medicamentos selectos: Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> | <p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$3 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$9 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferida: Usted paga 25% del costo total.</p> <p>Medicamentos de marca no preferida: Usted paga 50% del costo total.</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga 33% del costo total.</p> <p>Medicamentos selectos: Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> |

| 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>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,020, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p> | <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período 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*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Denver Health Medicare Select (HMO)

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 Denver Health Medicare Select (HMO).

Sección 2.2 – 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 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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

Como recordatorio, Denver Health Medical Plan, 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**, inscribese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Denver Health Medicare Select (HMO).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Denver Health Medicare Select (HMO).
- 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 del Plan de Salud (en la Sección 8.1 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 3 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 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 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Colorado, el SHIP se llama Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Colorado (Colorado State Health Insurance Assistance Program, Colorado SHIP).

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Colorado (Colorado 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 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Colorado (Colorado 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 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Colorado (Colorado SHIP) llamando al 1-888-696-7213. Para obtener más información sobre el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Colorado (Colorado SHIP), visite su sitio web (colorado.gov/pacific/dora/ship-locations).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

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

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados 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).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Colorado cuenta con un programa denominado Programa de asistencia para drogas del estado de Colorado (Colorado State Drug Assistance Program, SDAP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 6 de este folleto).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y 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 Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA de Colorado (Colorado AIDS Drug Assistance Program, ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a 303-692-2783 o 303-692-2716 o al TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

SECCIÓN 6 Preguntas

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Denver Health Medicare Select (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o comuníquese de manera gratuita al 1-877-956-2111. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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 Denver Health Medicare Select (HMO). 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 denverhealthmedicalplan.org. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en denverhealthmedicalplan.org. 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 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (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 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 ([medicare.gov](https://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.