



**ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE**

Denver Health Medical Plan Inc..

Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) ofrecido por Denver Health Medical Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2022

Usted está actualmente inscrito como miembro de Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y en los beneficios del plan. *En este folleto se comunican los cambios.*

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted.

- Verifique los cambios en los costos y en los beneficios para ver si lo afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que cubrirá sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que utiliza?
 - Consulte las secciones 2.5 y 2.6 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y los costos de nuestro plan.

- Revise los cambios en el folleto respecto de nuestra cobertura de medicamentos con receta para ver si lo afectan.
 - ¿Tendrá cobertura para sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel distinto, con un costo compartido diferente?
 - ¿Algunos de sus medicamentos tienen nuevas restricciones, tales como la necesidad de nuestra aprobación antes de poder obtenerlos?
 - ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
 - Consulte la *Lista de medicamentos* de 2022 y consulte la sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Sus costos de medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico acerca de alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos de desembolsos directos durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite go.medicare.gov/drugprices, y haga clic en el enlace “paneles” en el centro de la segunda

nota hacia la parte inferior de la página. En estos paneles se destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también se muestra otra información anual sobre los precios de los medicamentos. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique que sus médicos y sus otros proveedores estén en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos, incluidos los especialistas que usted consulta regularmente, en nuestra red?
 - ¿Qué sucede con los hospitales u otros proveedores que usa?
 - Consulte la sección 2.3 para conocer la información sobre nuestro *Directorio de proveedores*.
- Considere los costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto gastará de desembolso directo por los servicios y medicamentos con receta que usa regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en la prima y los deducibles?
 - ¿De qué manera se comparan los costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** conozca las opciones de otros planes.

- Verifique la cobertura y los costos de otros planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada con el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Consulte la lista en la contraportada del manual *Medicare y usted* de 2022.
 - Consulte la sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que usted reduzca su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** decida si desea cambiar de plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, permanecerá inscrito en Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).
- Si se quiere **cambiar a un plan diferente** que pudiera satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiarse de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** para cambiar de planes, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, se lo inscribirá en Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).

- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. Su inscripción en el plan actual se cancelará de manera automática.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo alguno en español.
- Para obtener más información, llame al número de nuestros Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o sin costo al 1-877-956-2111. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, letras grandes u otros formatos alternativos.
- **La cobertura con este plan reúne los requisitos como cobertura médica calificadora (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act, ACA) y Protección del Paciente. Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)

- Denver Health Medical Plan, Inc. es un plan HMO aprobado por Medicare. La inscripción en Denver Health Medical Plan, Inc. depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un contrato por escrito con el Programa Colorado Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- En los lugares en que se habla de “nosotros”, “a nosotros” o “nuestro” en el folleto, se hace referencia a Denver Health Medical Plan, Inc. Donde dice “plan” o “nuestro plan” se hace referencia a Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).

Resumen de costos importantes para 2022

En la tabla a continuación se comparan los costos de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) para 2021 y 2022 en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.denverhealthmedicalplan.org. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para solicitarnos que le enviemos la *Evidencia de cobertura* por correo. Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 por los deducibles, las visitas al consultorio médico y las estadías en el hospital.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.		
Prima mensual del plan	\$34.30	\$39.80
♦ Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la sección 1.1 para conocer los detalles.		
Deducible**	\$203	\$233
Visitas al consultorio médico*	Visitas de atención primaria: \$0** o el 20% del costo total por visita * Visitas al especialista: \$0** o el 20% del costo total por visita	Visitas de atención primaria: \$0** o el 20% del costo total por visita * Visitas al especialista: \$0** o el 20% del costo total por visita

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
<p>Estadías en el hospital como paciente hospitalizado*† Incluye servicios para pacientes hospitalizados agudos, rehabilitación de pacientes hospitalizados, atención hospitalaria a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria como paciente hospitalizado comienza el día en que usted ingresa formalmente al hospital con un pedido médico. El día anterior al que le den el alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p>\$0** o \$1,484 de deducible por cada período de beneficio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 60: \$0 de copago por cada período de beneficios • Días 61 al 90: \$371 de copago por día de cada período de beneficios <p>Días 91 y posteriores: \$742 de copago por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días en el transcurso de su vida)</p>	<p>\$0** o \$1,556 de deducible por cada período de beneficio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 60: \$0 de copago por cada período de beneficios • Días 61 al 90: \$389 de copago por día de cada período de beneficios <p>Días 91 y posteriores: \$778 de copago por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días en el transcurso de su vida)</p> <p>† Se requiere autorización previa para todos los servicios de rehabilitación aguda.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para conocer los detalles).</p>	<p>Deducible: \$445 Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga una de las siguientes opciones: \$0 por medicamento con receta, o \$1.30 por medicamento con receta, o \$3.70 por medicamento con receta, o el 15% del costo total • Para todos los otros medicamentos, usted paga: \$0 por medicamento con receta, o \$4 por medicamento con receta, o \$9.20 por medicamento con receta, o el 15% del costo total 	<p>Deducible: \$480 Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga una de las siguientes opciones: \$0 por medicamento con receta, o \$1.35 por medicamento con receta, o \$3.95 por medicamento con receta, o el 15% del costo total • Para todos los otros medicamentos, usted paga: \$0 por medicamento con receta, o \$4 por medicamento con receta, o \$9.85 por medicamento con receta, o el 15% del costo total

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
<p>Monto máximo de desembolso directo**</p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará como desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y a Parte B. (Consulte la sección 1.2 para conocer los detalles).</p>	<p>\$7,550</p>	<p>\$7,550</p>

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

Resumen de costos importantes para 2022.....	1
SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del plan	6
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y en los costos para el próximo año.....	6
Sección 2.1: Cambios en la prima mensual	6
Sección 2.2: Cambios en el monto máximo de desembolso directo.....	6
Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores	7
Sección 2.4: Cambios en la red de farmacias	8
Sección 2.5: Cambios en los beneficios y en los costos de los servicios médicos	8
Sección 2.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	14
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir	18
Sección 3.1: Si desea seguir inscrito en Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).....	18
Sección 3.2: Si desea cambiar de planes.....	18
SECCIÓN 4 Cambio de planes.....	19
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid.....	20
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	20
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	21
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).....	21
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	22
Sección 7.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid.....	22

SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del plan

El 1 de enero de 2022, el nombre de nuestro plan cambiará de Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) a Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).

Como parte del cambio de nombre del plan, usted recibirá una nueva tarjeta de id. por correo antes del 1 de enero de 2022.

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

Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$34.30	\$39.80

Sección 2.2: Cambios en el monto máximo de desembolso directo

Para su protección, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto de “desembolso directo” que se paga durante el año. Este límite se denomina “monto máximo de desembolso directo”. Una vez que llega a este monto, por lo general, deja de pagar los servicios de las Parte A y la Parte B cubiertos durante el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Monto máximo de desembolso directo**</p> <p>Como nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el máximo de desembolso directo.</p> <p>Si usted es elegible para recibir asistencia de Medicaid con copagos y deducibles de la Parte A y la Parte B, usted no es responsable de pagar ningún costo de desembolso directo para llegar al monto máximo de desembolso directo para los servicios cubiertos de las Partes A y B.</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) se consideran para el monto máximo de desembolso directo.</p> <p>La prima de su plan y los costos de los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo de desembolso directo.</p>	<p>\$7,550</p>	<p>\$7,550</p> <p>Una vez que ha pagado \$7,550 de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, dejará de pagar por dichos servicios durante el resto del año calendario.</p>

Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. El *Directorio de proveedores* actualizado se encuentra en nuestro sitio web en www.denverhealthmedicalplan.org. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitarnos que le enviemos el *Directorio de proveedores* por correo.

Consulte el *Directorio de proveedores de 2022* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.

Es importante que sepa que, durante el año, puede haber cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan. Hay muchas razones por las que su proveedor podría abandonar su plan pero, en caso de que su médico o especialista abandonen su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aun cuando nuestra red de proveedores pueda cambiar durante el año, debemos proveerle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.

- Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para notificarle, con al menos 30 días de antelación, que su proveedor abandonará nuestro plan, de modo que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado que continúe manejando sus necesidades de atención médica.
- Si usted está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que usted esté recibiendo. Trabajaremos con usted para garantizar la continuidad de dicho tratamiento.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado que reemplace a su proveedor anterior o que no está manejando su atención de manera adecuada, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si sabe que su médico o especialista abandonará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a buscar un nuevo proveedor y a gestionar su atención.

Sección 2.4: Cambios en la red de farmacias

Los montos que usted paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos con receta de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se adquieren en una de nuestras farmacias de la red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. El *Directorio de farmacias* actualizado se encuentra en nuestro sitio web en www.denverhealthmedicalplan.org. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitarnos que le enviemos el *Directorio de farmacias* por correo. **Consulte el *Directorio de farmacias de 2022* para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Sección 2.5: Cambios en los beneficios y en los costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa los cambios en los beneficios y en los costos de Medicare.

Estamos cambiando nuestra cobertura de ciertos servicios médicos para el próximo año. La información que se encuentra a continuación describe los cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en la *Evidencia de cobertura de 2022*. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.denverhealthmedicalplan.org. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para solicitarnos que le enviemos la *Evidencia de cobertura* por correo.

Servicios del Programa de Tratamiento de Opioides

Los miembros de nuestro plan que padecen trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para su tratamiento mediante un

Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:

- medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos para el tratamiento asistido con medicaciones (medication-assisted treatment, MAT)
- entrega y administración de medicaciones para el MAT (si corresponde)
- asesoramiento sobre el uso de sustancias
- terapia individual y grupal
- pruebas toxicológicas
- actividades de ingesta
- evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
Servicios de ambulancia †	<p><u>No</u> se requiere autorización previa para los servicios cubiertos por Medicare que no son de emergencia.</p>	<p>† Se requiere autorización previa para los servicios cubiertos por Medicare que no son de emergencia y para la ambulancia aérea.</p>
Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios*	<p>† Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p>
Servicios e insumos para diabetes †	<p>Los servicios e insumos para diabetes están limitados a ciertos fabricantes. † Se requiere autorización previa para algunos fabricantes.</p>	<p>No hay límites para los fabricantes de insumos o servicios para diabetes. † No se requiere autorización previa para los suministros de pruebas para diabetes de Trividia Health y el sistema de control continuo de glucosa de Freestyle Libre. Todos los demás proveedores requieren autorización.</p>
Capacitación sobre la diabetes	<p>† Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
<p>Equipo médico durable (Durable Medical Equipment, DME)†</p>	<p>† Se requiere autorización previa.</p>	<p>† Se requiere autorización previa para los artículos de más de \$500. † Se requiere autorización previa para todos los alquileres de DME.</p>
<p>Artículos para la visión</p>	<p>Cobertura de hasta \$200 para lentes de contacto o un par de anteojos por año</p>	<p>Cobertura de hasta \$250 para lentes de contacto o un par de anteojos por año</p>
<p>Estadías en el hospital como paciente hospitalizado*†</p>	<p>\$0** o \$1,484 de deducible por cada período de beneficio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 60: \$0 de copago por cada período de beneficios • Días 61 al 90: \$371 de copago por día de cada período de beneficios <p>Días 91 y posteriores: \$742 de copago por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días en el transcurso de su vida)</p>	<p>\$0** o \$1,556 de deducible por cada período de beneficio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 60: \$0 de copago por cada período de beneficios • Días 61 al 90: \$389 de copago por día de cada período de beneficios <p>Días 91 y posteriores: \$778 de copago por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días en el transcurso de su vida)</p> <p>† Se requiere autorización previa para todos los servicios de rehabilitación aguda.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
Cobertura de salud mental para pacientes hospitalizados*†	<p>\$0** o \$1,484 de deducible por cada período de beneficio</p> <p>Días 1 al 60: \$0 de copago por cada período de beneficios</p> <p>Días 61 al 90: \$371 de copago por día de cada período de beneficios</p> <p>Días 91 y posteriores: \$742 de copago por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días en el transcurso de su vida)</p>	<p>\$0** o \$1,556 de deducible por cada período de beneficio</p> <p>Días 1 al 60: \$0 de copago por cada período de beneficios</p> <p>Días 61 al 90: \$389 de copago por día de cada período de beneficios</p> <p>Días 91 y posteriores: \$778 de copago por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días en el transcurso de su vida)</p>
Diálisis renal*	† Se requiere autorización previa.	<u>No</u> se requiere autorización previa.
Educación sobre enfermedades renales*	† Se requiere autorización previa.	<u>No</u> se requiere autorización previa.
Beneficio de comidas	<p>20 comidas por alta de paciente hospitalizado o establecimiento de enfermería especializada</p> <p>† Se requiere autorización previa.</p>	<p>21 comidas hasta 10 días por alta de paciente hospitalizado o establecimiento de enfermería especializada</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
Medicamentos de la Parte B de Medicare†	† Se requiere autorización previa.	† Solo se requiere autorización previa para medicamentos no preferidos de la Parte B.
Otros servicios profesionales de atención médica*	† Se requiere autorización previa.	<u>No</u> se requiere autorización previa.
Servicios ambulatorios de diagnóstico, laboratorio y diagnóstico por imágenes*	† Se requiere autorización previa.	<u>No</u> se requiere autorización previa.
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios*	† Se requiere autorización previa.	<u>No</u> se requiere autorización previa.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*	† Se requiere autorización previa.	<u>No</u> se requiere autorización previa.
Servicios de rehabilitación ambulatoria*† <ul style="list-style-type: none"> • cardíaco (corazón) • pulmonar (pulmón) • físico† • habla† • ocupacional† 	† Se requiere autorización previa.	<u>No</u> se requiere autorización previa. † Se requiere autorización previa a partir de la visita número 31 para terapia ocupacional, del habla, y física.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
Envíos por correo de productos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)	Los artículos de OTC <u>no</u> están cubiertos.	Cubierto hasta \$220 cada tres meses. Su asignación está disponible cada trimestre a partir de enero, abril, julio y octubre. No se transferirá la asignación trimestral que no utilice. Para pedir sus productos, envíe por correo o fax el formulario de pedido que se encuentra en nuestra página web. No se aceptan devoluciones ni reembolsos. Puede ver el catálogo y el formulario en www.denverhealthmedicalplan.org/elevate-medicare-OTC .
Servicios de podología*	† Se requiere autorización previa.	<u>No</u> se requiere autorización previa.
Prótesis†	† Se requiere autorización previa.	† Se requiere autorización previa para los artículos de más de \$500.
Establecimiento de enfermería especializada*	Días 1 al 20: \$0 por cada período de beneficios Días 21 al 100: \$185.50 de copago por día de cada período de beneficios Días 101 y posteriores: todos los costos † Se requiere autorización previa.	Días 1 al 20: \$0 por cada período de beneficios Días 21 al 100: \$194.50 de copago por día de cada período de beneficios Días 101 y posteriores: todos los costos <u>No</u> se requiere autorización previa.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan. ** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.</p>		
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas†	Los beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas <u>no</u> están cubiertos.	Un tensiómetro con cobertura de hasta \$140 cada tres años por miembro que reúna los requisitos † Se requiere autorización previa.
Servicios de especialistas*	† Se requiere autorización previa.	<u>No</u> se requiere autorización previa.
Servicios de transporte	Usted paga un copago de \$0 por 35 traslados de ida y vuelta en un transporte médico que no es de emergencia hasta ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan mediante Access2Care.	Usted paga un copago de \$0 por traslados de ida y vuelta ilimitados en un transporte médico que no es de emergencia hasta ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan mediante Access2Care.

Sección 2.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en la *Lista de medicamentos*

Nuestra *Lista de medicamentos* cubiertos se llama *Formulario de medicamentos* o “*Lista de medicamentos*”. Se proporciona una copia electrónica de la *Lista de medicamentos*.

Hicimos cambios en nuestra *Lista de medicamentos*, que incluyen cambios en la cobertura de medicamentos y cambios en las restricciones relacionadas con la cobertura de ciertos medicamentos. **Consulte la *Lista de medicamentos* para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

Si se ve afectado por algún cambio en la cobertura de medicamentos, puede realizar lo siguiente:

- **Analizar con su médico (u otra persona que emite la receta) y solicitar al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento.
 - Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el capítulo 9 de la *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.
- **Analizar con su médico (o persona que emite la receta) si puede usar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a Servicios del Plan de Salud para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica.

En algunas situaciones, se nos exige que cubramos un suministro temporal de un medicamento que no está en el *Formulario de medicamentos*, en los primeros 90 días del año del plan o en los primeros 90 días de membresía para evitar una interrupción en la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede recibir un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la sección 5.2 del capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Mientras reciba un suministro temporal del medicamento, debería consultar a su médico respecto de qué hacer cuando se le acabe el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente que el plan cubra o pedir al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Las excepciones al *Formulario de medicamentos* concedidas serán cubiertas hasta la fecha de finalización de la autorización. La excepción podrá extenderse hasta el año siguiente.

La mayoría de los cambios en la *Lista de medicamentos* son nuevos al inicio de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios que están permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando hacemos estos cambios a la *Lista de medicamentos* durante el año, usted todavía puede analizar con su médico (u otra persona que emite la receta) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra *Lista de medicamentos* en Internet según lo programado y proporcionaremos otra información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer a 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 está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Extra Help” [Ayuda adicional]), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no lo afecte.** Le enviamos un documento aparte, denominado “Cláusula adicional de la *Evidencia de cobertura* para personas que reciben Extra Help (Ayuda adicional) para pagar medicamentos con receta” (también denominada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le explica los costos de sus medicamentos. Si recibe “Extra Help” (Ayuda adicional) y no ha recibido este documento antes del 30 de septiembre, comuníquese con Servicios del Plan de Salud y solicite la “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS)”.

Existen cuatro “etapas para el pago de medicamentos”. La cantidad que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago del medicamento en la que se encuentre. (También puede ver la sección 2 del capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información que se encuentra a continuación muestra los cambios para el año que viene respecto de las dos primeras etapas: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros nunca llega a las otras dos etapas, la etapa de brecha de cobertura o la etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el *Resumen de beneficios* o las secciones 6 y 7 del capítulo 6 en la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0.		
Etapa 1: etapa de deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que alcance el deducible anual.	\$0** o \$445, según el nivel de “Extra Help” (Ayuda adicional) que usted reciba. (Consulte el monto del deducible en el documento aparte, “Cláusula adicional LIS”).	\$0** o \$480, según el nivel de “Extra Help” (Ayuda adicional) que usted reciba. (Consulte el monto del deducible en el documento aparte, “Cláusula adicional LIS”).

Cambios en el costo compartido en la etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte la sección 1.2 del capítulo 6, *Tipos de costos de desembolso directo que puede pagar por los medicamentos cubiertos* en la *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la etapa de cobertura inicial.</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte del costo de los medicamentos que le corresponde y usted paga la parte que le corresponde a usted.</p> <p>Los costos en estas filas corresponden al 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 sobre los medicamentos con receta enviados por correo, consulte la sección 5 del capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga una de las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 por medicamento con receta, o • \$1.30 por medicamento con receta, o • \$3.70 por medicamento con receta, o • 15% del costo total <p>Para todos los otros medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 por medicamento con receta, o • \$4 por medicamento con receta, o • \$9.20 por medicamento con receta, o • 15% del costo total <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,130, usted pasará a la etapa siguiente (la etapa de brecha de cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), usted paga una de las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 por medicamento con receta, o • \$1.35 por medicamento con receta, o • \$3.95 por medicamento con receta, o • 15% del costo total <p>Para todos los otros medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 por medicamento con receta, o • \$4 por medicamento con receta, o • \$9.85 por medicamento con receta, o • 15% del costo total <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,430, usted pasará a la etapa siguiente (la etapa de brecha de cobertura).</p>

Cambios en las etapas de brecha de cobertura y de cobertura catastrófica

La etapa de brecha de cobertura y la etapa de cobertura catastrófica son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas que tienen un alto costo de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a ninguna de estas etapas.**

Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el *Resumen de beneficios* o las secciones 6 y 7 del capítulo 6 en la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea seguir inscrito en Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)

Para permanecer en nuestro plan usted no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP).

Sección 3.2: Si desea cambiar de planes

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar para el 2022, siga estos pasos:

Paso 1: conozca sus opciones y compárelas.

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare;
- —*O BIEN*— puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y usted de 2022*, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte la sección 5) o llame a Medicare (consulte la sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área a través del Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) del sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Ahí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Como recordatorio, Denver Health Medical Plan Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare que incluyen medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y los montos de los costos compartidos.

Paso 2: cambie su cobertura.

- Para cambiarse a **otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará su inscripción en Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará su inscripción en Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP) automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para que se cancele su inscripción. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la sección 7.1 de este folleto).
 - —*O bien*— puede ponerse en contacto con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Medicare Original y **no** se inscribe en un plan por separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya indicado que no desea la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cambio de planes

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo entre el **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2022.

¿Hay otros momentos del año para hacer el cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, los que reciben “Extra Help” (Ayuda adicional) para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura de un empleador, y las personas que se mudan fuera del área de servicio pueden cambiarse en otros momentos del año.

Si usted se inscribió en un plan Medicare Advantage antes del 1 de enero de 2022 y no está conforme con su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte la sección 2.3 del capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En Colorado, SHIP se llama Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado (Colorado SHIP).

El Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado (Colorado SHIP) es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento local **gratuito** sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado (Colorado SHIP) pueden ayudarlo con los problemas y las preguntas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca de cambios de planes. Puede llamar al Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado (Colorado SHIP) al 1-888-696-7213. Puede obtener más información sobre el Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado (Colorado SHIP) visitando su sitio web, (www.dora.colorado.gov/).

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Health First Colorado (oficina de Medicaid de Colorado), llame al 1-800-221-3943 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El Centro de Contacto de Miembros está cerrado por reuniones de personal los viernes de 2:30 p.m. a 3:30 p.m. y todos los días festivos estatales.

Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original afecta el modo en que usted obtiene su cobertura de Health First Colorado (oficina de Medicaid de Colorado).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

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

- **“Extra Help” (Ayuda adicional) de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, usted ya está inscrito en “Extra Help” (Ayuda adicional), también llamado subsidio por bajos ingresos. “Extra Help” (Ayuda adicional) paga algunos de sus medicamentos con receta, primas, deducibles anuales y coseguro. Debido a que usted reúne los requisitos, no tiene penalización por brecha de cobertura ni por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta acerca de “Extra Help” (Ayuda adicional), llame a:
 - 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 (Social Security Office) llamando al 1-800-772-1213, entre las 7 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).

- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Colorado tiene un programa llamado Programa Estatal de Asistencia para Medicamentos (SDAP) de Colorado que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según la necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 4 de este folleto).
- **Asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a las personas que son elegibles para recibir los beneficios de ADAP y que viven con VIH/sida a acceder a medicaciones contra el VIH que permiten salvar vidas. Las personas deben cumplir con ciertos requisitos, que incluyen pruebas de residencia en ese estado y de su condición respecto del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo define el estado, y pruebas de que no tienen seguro o tienen un seguro que cubre poco. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP reúnen los requisitos para recibir asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida de Colorado (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 303-692-2716 de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o sin costo al 1-877-956-2111. (Únicamente los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de cobertura de 2022* (incluye detalles sobre los beneficios y los costos del próximo año).

Este *Aviso anual de cambios* es un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2022* de Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. En esta se explican sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos con receta. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.denverhealthmedicalplan.org. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para solicitarnos que le enviemos la *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web.

También puede visitar nuestro sitio web en www.denverhealthmedicalplan.org. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores

(*Directorio de proveedores*) y la Lista de medicamentos cubiertos (*Formulario de medicamentos/Lista de medicamentos*).

Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para recibir 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.

Usted puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Allí encontrará información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad que lo ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y usted de 2022*.

Puede leer el manual *Medicare y usted de 2022*. Este folleto se envía por correo todos los años en otoño a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes que se hacen sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (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.

Sección 7.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a Health First Colorado (Medicaid) al 1-800-221-3943. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.