



**ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE**

Denver Health Medical Plan Inc...

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

Aviso anual de cambios para 2022

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 2.5 y 2.6 para obtener información sobre 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 2022 y consulte la Sección 2.6 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 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 “cuadros” en el centro de la segunda Nota hacia la parte inferior de la página. 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 2.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores*.

Piense acerca de los costos de atención de la salud generales.

- ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
- ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
- ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones del plan.

Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.

- Use la función de búsqueda personalizada Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
- Revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)*.
- Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.

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 2021, permanecerá inscrito en Elevate 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 2021**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, permanecerá inscrito en Elevate Medicare Select (HMO).
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. 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). Los horarios son 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 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Elevate 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 Elevate Medicare Select (HMO).

Resumen de costos importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 y 2022 para Elevate Medicare Select (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** En nuestro sitio web www.denverhealthmedicalplan.org encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.		
Prima mensual del plan ♦ Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener más información.	\$34.30	\$39.80
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más información).	\$4,750	\$4,400
Consultas en el consultorio del médico*	Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta *†Consultas a especialistas: \$25 de copago por consulta	Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta *Consultas a especialistas: \$20 de copago por consulta

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</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 beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 5: \$300 de copago por cada período de beneficios • Días 6 al 90: \$0 de copago por día <p>Días 91 y posteriores: \$578 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>El plan cubre 90 días por período de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 5: \$300 de copago por cada período de beneficios • Días 6 al 90: \$0 de copago por día <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>† Se requiere autorización previa para todos los servicios de rehabilitación para pacientes agudos.</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más información).</p> <p>Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, revise la Lista de medicamentos más reciente que le hemos proporcionado de forma electrónica. Puede identificar las insulinas selectas mediante la sigla “SI” junto a la insulina en la Lista de medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro si corresponde durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos) Usted paga \$3 por medicamento con receta. (Suministro para 1 mes) Usted paga \$6 por medicamento con receta. (Suministro para 2 meses)</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro si corresponde durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos) Usted paga \$3 por medicamento con receta. (Suministro para 1 mes) Usted paga \$6 por medicamento con receta. (Suministro para 2 meses)</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</p>		
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</p>	<p>Usted paga \$6 por medicamento con receta. (Suministro para 3 meses)</p>	<p>Usted paga \$6 por medicamento con receta. (Suministro para 3 meses)</p>
<p>llamar a Servicios del Plan de Salud (los números de teléfono de Servicios del Plan de Salud están impresos en la contraportada de este folleto).</p>	<p>Nivel 2 (Medicamentos genéricos)</p>	<p>Nivel 2 (medicamentos genéricos)</p>
	<p>Usted paga \$9 por medicamento con receta. (Suministro para 1 mes)</p>	<p>Usted paga \$9 por medicamento con receta, incluidas las insulinas selectas. (Suministro para 1 mes)</p>
	<p>Usted paga \$18 por medicamento con receta. (Suministro para 2 meses)</p>	<p>Usted paga \$18 por medicamento con receta, incluidas las insulinas selectas. (Suministro para 2 meses)</p>
	<p>Usted paga \$18 por medicamento con receta. (Suministro para 3 meses)</p>	<p>Usted paga \$18 por medicamento con receta, incluidas las insulinas selectas. (Suministro para 3 meses)</p>
	<p>Nivel 3 (Medicamentos de marca preferida)</p>	<p>Nivel 3 (Medicamentos de marca preferida)</p>
	<p>Usted paga el 25% del costo total. (Suministro para 1 mes)</p>	<p>Usted paga el 25% del costo total. Usted paga \$35 por medicamento con receta para las insulinas selectas. (Suministro para 1 mes)</p>
	<p>Usted paga el 25% del costo total. (Suministro para 2 meses)</p>	<p>Usted paga el 25% del costo total. Usted paga \$70 por medicamento con receta para insulinas selectas. (Suministro para 2 meses)</p>
	<p>Usted paga el 25% del costo total. (Suministro para 3 meses)</p>	<p>Usted paga el 25% del costo total. Usted paga \$70 por medicamento con</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</p>		
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</p>	<p>Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferida) Usted paga el 50% del costo total. (Suministro para 1 mes) Usted paga el 50% del costo total. (Suministro para 2 meses) Usted paga el 50% del costo total. (Suministro para 3 meses)</p> <p>Nivel 5 (Medicamentos de especialidad) Usted paga 33% del costo total. (Suministro para 1 mes) Usted paga el 33% del costo total. (Suministro para 2 meses) Sin cobertura para un suministro de 3 meses</p> <p>Nivel 6 (medicamentos selectos) Usted paga \$0 por medicamento con receta. (Suministro para 1 mes) Usted paga \$0 por medicamento con receta. (Suministro para 2 meses) Usted paga \$0 por medicamento con receta. (Suministro para 3 meses)</p>	<p>receta para insulinas selectas. (Suministro para 3 meses)</p> <p>Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferida) Usted paga el 50% del costo total. (Suministro para 1 mes) Usted paga el 50% del costo total. (Suministro para 2 meses) Usted paga el 50% del costo total. (Suministro para 3 meses)</p> <p>Nivel 5 (Medicamentos de especialidad) Usted paga 33% del costo total. (Suministro para 1 mes) Sin cobertura para un suministro para 2 o 3 meses</p> <p>Nivel 6 (medicamentos selectos) Usted paga \$0 por medicamento con receta. (Suministro para 1 mes) Usted paga \$0 por medicamento con receta. (Suministro para 2 meses) Usted paga \$0 por medicamento con receta. (Suministro para 3 meses)</p>

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

Resumen de costos importantes para 2022.....		1
SECCIÓN 1	Estamos cambiando el nombre del plan	6
SECCIÓN 2	Cambios en los costos y beneficios para el año próximo.....	6
	Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual	6
	Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	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 costos de los servicios médicos.....	8
	Sección 2.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	15
SECCIÓN 3	Cómo decidir qué plan elegir	19
	Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Elevate Medicare Select (HMO)	19
	Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	19
SECCIÓN 4	Plazo para el cambio de plan.....	20
SECCIÓN 5	Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	21
SECCIÓN 6	Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	21
SECCIÓN 7	Preguntas.....	22
	Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Elevate Medicare Select (HMO).....	22
	Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	23

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

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

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

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

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$34.30	\$39.80

- 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 2.2 – 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	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$4,750	\$4,400 Una vez que haya pagado \$4,400 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 2.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.denverhealthmedicalplan.org se encuentra 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 2022 para ver 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 2.4 – 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 www.denverhealthmedicalplan.org se encuentra 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 2022 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.***

Sección 2.5 – 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 2022*.

Servicios del programa de tratamiento para opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT).
- Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde).
- Asesoramiento sobre consumo de sustancias.
- Terapia individual y grupal.
- Pruebas toxicológicas.
- Actividades de admisión.
- Evaluaciones periódicas.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</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>† Solo se requiere autorización previa para los servicios cubiertos por Medicare que no sean de emergencia y la ambulancia aérea.</p>
Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios*	<p>Usted paga 20% del costo total.</p> <p>† Se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga 0% del costo total de las colonoscopías/endoscopías.</p> <p>Usted paga 20% del costo total por otros servicios.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p>
Servicios de rehabilitación cardíaca*	<p>† Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p>
Capacitación sobre la diabetes	<p>† Se requiere autorización previa.</p>	<p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p>
Servicios e insumos para la diabetes*†	<p>Los insumos y servicios para la diabetes están limitados a ciertos fabricantes.</p> <p>† Se puede requerir autorización previa para algunos fabricantes.</p>	<p>No hay límites para los fabricantes de insumos o servicios para la diabetes.</p> <p>† No se requiere autorización previa para los insumos de prueba para la diabetes de Trividia Health y el sistema de monitoreo continuo de glucosa de Freestyle Libre. Todos los demás proveedores requieren autorización previa.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</p>		
<p>Zapatos o plantillas terapéuticas para personas con diabetes</p>	<p>Usted paga 20% del costo total de los zapatos/las plantillas para personas con diabetes.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por los zapatos/las plantillas para personas con diabetes.</p>
<p>Equipo médico durable (Durable Medical Equipment, DME)†</p>	<p>† Se requiere autorización previa.</p>	<p>† Se requiere autorización previa para artículos de más de \$500. † Se requiere autorización previa para todos los alquileres de DME.</p>
<p>Servicio de audición</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición/cubierto por Medicare 	<p>Usted paga un copago de \$25 por un examen de audición cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por el examen de audición cubierto por Medicare.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición de rutina 	<p>Usted paga un copago de \$25 por un examen de audición de rutina cada tres años.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por un examen de audición de rutina cada tres años.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Examen de adaptación/evaluación 	<p>Usted paga un copago de \$25 por un examen de adaptación/evaluación de audífonos cada tres años.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por un examen de adaptación/evaluación de audífonos cada tres años.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</p>		
Hospitalizaciones*†	<ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 5: \$300 de copago por cada período de beneficios • Días 6 al 90: \$0 de copago por día <p>Días 91 y posteriores: \$578 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>	<ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 5: \$300 de copago por cada período de beneficios • Días 6 al 90: \$0 de copago por día <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>† Se requiere autorización previa para los servicios de rehabilitación para pacientes agudos.</p>
Cobertura de salud mental como paciente hospitalizado*†	<ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 5: \$300 de copago por cada período de beneficios • Días 6 al 90: \$0 de copago por día <p>Días 91 y posteriores: \$578 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>	<ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 5: \$300 de copago por cada período de beneficios • Días 6 al 90: \$0 de copago por día <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>
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.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</p>		
Medicamentos de la Parte B de Medicare†	† Se requiere autorización previa.	† Solo se requiere autorización previa para los medicamentos de la Parte B no preferidos.
Otros servicios profesionales de atención de la salud*	<p>Usted paga un copago de \$25 por cada consulta.</p> <p>† Se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por cada consulta.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p>
Servicios hospitalarios 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*	<p>Usted paga 20% del costo total.</p> <p>† Se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga 0% del costo total de las colonoscopías/endoscopías.</p> <p>Usted paga 20% del costo total por otros servicios.</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.</p>		
<p>Servicios de rehabilitación ambulatoria*†</p> <ul style="list-style-type: none"> • cardíaca (corazón) • pulmonar (pulmón) • física† • habla† • ocupacional† 	<p>Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de terapia ocupacional.</p> <p>† Se requiere autorización previa para los servicios de rehabilitación ambulatoria.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por cada consulta de terapia ocupacional.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa para los servicios de rehabilitación ambulatoria.</p> <p>† Se requiere autorización previa a partir de la consulta número 31 para terapia física, del habla y ocupacional.</p>
<p>Envíos por correo de medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</p>	<p>Los artículos de OTC no están cubiertos.</p>	<p>Cubiertos hasta \$150 cada tres meses. Su asignación está disponible cada trimestre a partir de enero, abril, julio y octubre. La asignación trimestral que no utilice no se transferirá. Para solicitar su(s) producto(s), 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.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</p>		
Servicios de podología	<p>Usted paga un copago de \$25 por cada consulta.</p> <p>† Se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por cada consulta de podología.</p> <p>Usted paga 20% del costo total por cada consulta sobre cuidados al pie diabético.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p>
Prótesis†	<p>† Se requiere autorización previa.</p>	<p>† Se requiere autorización previa para artículos de más de \$500.</p>
Establecimiento de enfermería especializada*	<p>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</p> <p>† Se requiere autorización previa.</p>	<p>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</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p>
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas†	<p>Los beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Un tensiómetro cubierto hasta \$140 cada tres años para miembros calificados</p> <p>† Se requiere autorización previa.</p>
Servicios de especialistas*	<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.</p>		
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 ilimitados 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.
Servicios de atención de urgencia	Usted paga un copago de \$25 por cada consulta.	Usted paga un copago de \$20 por cada consulta.
Servicio de la visión		
<ul style="list-style-type: none"> Examen ocular/cubierto por Medicare 	Usted paga un copago de \$25 por un examen ocular cubierto por Medicare al año.	Usted paga un copago de \$20 por un examen ocular cubierto por Medicare al año.
<ul style="list-style-type: none"> Examen ocular de rutina 	Usted paga un copago de \$25 por un examen ocular de rutina al año.	Usted paga un copago de \$20 por un examen ocular de rutina al año.
<ul style="list-style-type: none"> Artículos para la visión 	Cubierto hasta \$200 para lentes de contacto o un par de anteojos cada año.	Cubierto hasta \$250 para lentes de contacto o un par de anteojos cada año.

Sección 2.6 – 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.** Hemos enviado 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 denominado “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. Debido a que usted recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre del 2021, llame a Servicios del Plan de Salud y pida la “Cláusula adicional LIS”.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. El monto 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, disponible en www.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	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	\$0	\$0

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	2021 (este año)	2022 (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>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 su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</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 el 25% del costo total.</p> <p>Medicamentos de marca no preferida: Usted paga el 50% del costo total.</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga el 33% del costo total.</p> <p>Medicamentos selectos: Usted paga \$0 por medicamento con receta.</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>	<p>Sus costos por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$3 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$9 por medicamento con receta, incluidas las insulinas selectas.</p> <p>Medicamentos de marca preferida: Usted paga el 25% del costo total. Usted paga \$35 por medicamento con receta para las insulinas selectas.</p> <p>Medicamentos de marca no preferida: Usted paga el 50% del costo total.</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga el 33% del costo total.</p> <p>Medicamentos selectos: Usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,430, 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. Elevate Medicare Select (HMO) ofrece cobertura de brecha adicional para las insulinas selectas. Durante la etapa de brecha de cobertura, los costos que paga de su bolsillo por insulinas selectas serán de \$9, \$18, \$35, o \$70. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura ni 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 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Elevate 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 nuestro plan Elevate Medicare Select (HMO).

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2022, 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, lea el manual *Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre 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 mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) disponible en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Le recordamos que Denver Health Medical Plan, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare que incluyen medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Elevate Medicare Select (HMO).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Elevate 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 7.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
 - *O* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

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

¿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 2022 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 2022. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Colorado, el SHIP se denomina 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 fin 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 llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico de Colorado (Colorado SHIP) 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 (www.dora.colorado.gov/).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

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

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Colorado tiene 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 financiera, 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 5 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 están cubiertos por el ADAP califican para recibir la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta 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 al 303-692-2716 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.

SECCIÓN 7 Preguntas

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Elevate 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 servicios 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 2022* (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 2022. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2022* para Elevate 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. En nuestro sitio web www.denverhealthmedicalplan.com encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.denverhealthmedicalplan.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para conocer más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)*

Usted puede leer el manual *Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)*. Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.