



Inter Valley Health Plan

Planes de Medicare. Pura Salud, No Lucro

Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO) ofrecido por Inter Valley Health Plan

Aviso anual de cambios para 2021

Actualmente está inscrito como miembro de Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y los 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 debe hacer ahora

1. PREGUNTAR: Qué cambios rigen en su caso

- Verifique los cambios en los costos y los beneficios para saber si lo afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que cubra sus necesidades el año próximo.
 - ¿Esos cambios afectan los servicios que utiliza?
 - Consulte la Sección 1.5 para obtener información sobre los cambios en los costos y los beneficios de nuestro plan.
- Verifique los cambios que figuran en el folleto con respecto a nuestra cobertura de medicamentos recetados para saber si lo afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en otro nivel, con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de los medicamentos está sujeto a nuevas restricciones, como aprobación previa para surtir la receta?
 - ¿Puede continuar utilizando las mismas farmacias? ¿Hay algún cambio en el costo para usar esta farmacia?
 - Consulte la Sección 1.6 de la Lista de medicamentos de 2021 para obtener información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas más económicas que puedan estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos anuales de su bolsillo durante todo el año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. En estos cuadros se resaltan los

fabricantes que hayan aumentado los precios y también se muestra otra información de precios de medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán con exactitud cuánto podrían cambiar los precios de sus propios medicamentos.

- Verifique que sus médicos y demás proveedores estén dentro de la red el año próximo.
 - ¿Están los médicos que visita habitualmente, incluidos los especialistas, dentro de la red?
 - ¿Y los hospitales y demás proveedores que utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre el Directorio de proveedores y farmacias.
- Considere los costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que utiliza con frecuencia?
 - ¿Cuánto pagará de prima y deducibles?
 - ¿Cuál es el costo total del plan en comparación con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Considere si está conforme con nuestro plan.

2. **COMPARAR:** Conozca las otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la contraportada del manual Medicare & You (Medicare y usted).
 - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que acote la búsqueda a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELEGIR:** Decida si quiere cambiar de plan

- Si usted no se inscribe hasta el 7 de diciembre de 2020, se lo inscribirá en Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO).
- Para cambiarse a un **plan distinto** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. **INSCRIBIRSE:** Para cambiar de plan, inscríbese a un plan entre **el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2020.**

- Si usted no se inscribe hasta el 7 de diciembre de 2020, se lo inscribirá en Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO).
- Si usted se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. Se te desinscribirá automáticamente de tu plan actual.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin cargo en inglés.

- Para obtener información adicional, póngase en contacto con el Equipo de atención para los miembros al 1-800-251-8191. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Contáctenos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. No atendemos el Día de Acción de Gracias ni en Navidad.

Contáctenos del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. No atendemos los días feriados federales.

Nota: Si no estamos atendiendo, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos se contestarán en el plazo de un (1) día hábil.

- Esta información está disponible en un formato diferente, incluyendo letra grande y Braille.
- **La cobertura de este Plan califica como cobertura médica calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Medidas de Protección del Paciente y Cuidado de Bajo Costo (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en:
<https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO)

- Inter Valley Health Plan es un plan HMO sin fines de lucro que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Inter Valley Health Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice "nosotros", "nos" o "nuestro/a", hace referencia a Inter Valley Health Plan. Mediante los términos "Plan" o "nuestro Plan" se hace referencia a Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO).

Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y 2021 para *Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO)* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Podrá encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.ivhp.com. También puede llamar al Equipo de atención para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo la Evidencia de cobertura.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual del Plan* * Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$0	\$0
Monto máximo de gastos de su bolsillo Este es el <u>monto máximo</u> de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$2,000	\$1,000
Consultas en el consultorio médico	Consultas con el médico de cabecera: \$0 por consulta Consultas con el especialista: \$0 por consulta	Consultas con el médico de cabecera: \$0 por consulta Consultas con el especialista: \$0 por consulta
Internación del paciente Incluye cuidados agudos, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado.	\$0 por cada internación cubierta por Medicare.	\$0 por cada internación cubierta por Medicare.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 2.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento de nivel 1: \$0 por receta para un suministro para 30 días obtenido en una farmacia de la red • Medicamento de nivel 2: \$5 por receta para un suministro para 30 días obtenido en una farmacia de la red • Medicamento de nivel 3: \$47 por receta para un suministro para 30 días obtenido en una farmacia de la red • Medicamentos de Nivel 4: 25 % del costo total por receta para un suministro de 30 días cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red. • Medicamentos de Nivel 5: 33 % del costo total por receta para un suministro de 30 días cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red. • Medicamento de nivel 6: \$11 por receta para un suministro para 30 días obtenido en una farmacia de la red 	<p>Durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento de nivel 1: \$0 por receta para un suministro para 30 días obtenido en una farmacia de la red • Medicamento de nivel 2: \$5 por receta para un suministro para 30 días obtenido en una farmacia de la red • Medicamento de nivel 3: \$47 por receta para un suministro para 30 días obtenido en una farmacia de la red • Usted paga \$20 por receta por insulinas selectas en el Nivel 3 • Medicamentos de Nivel 4: 25 % del costo total por receta para un suministro de 30 días cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red. • Usted paga \$35 por receta por insulinas selectas en el Nivel 4 • Medicamentos de Nivel 5: 33 % del costo total por receta para un suministro de 30 días cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red. • Medicamento de nivel 6: \$11 por receta para un suministro para 30 días obtenido en una farmacia de la red <p>Para averiguar qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a nuestro Equipo de Atención farmacéutica (los números de teléfono de nuestro equipo de atención farmacéutica están impresos en la contraportada de este folleto).</p>

Aviso anual de cambios para 2021 Índice

SECTION 1 Cambios en los costos y los beneficios para el año próximo 7

- Section 1.1 – Cambios a la prima mensual..... 7
- Section 1.2 – Cambios en el monto máximo de gastos de su bolsillo..... 7
- Section 1.3 – Cambios en la red de proveedores 8
- Section 1.4 – Cambios en la red de farmacias 8
- Section 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos..... 9
- Section 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D 11

SECTION 2 Cómo elegir el plan..... 14

- Section 2.1 – Si desea seguir en Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO) 14
- Section 2.2 – Si desea cambiar de plan 14

SECTION 3 Plazo límite para el cambio del plan 15

SECTION 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 15

SECTION 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados 16

SECTION 6 ¿Preguntas?..... 16

- Section 6.1 – Cómo recibir ayuda de Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO) 16
- Section 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 17

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual del Plan (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0 No hay cambio en su prima mensual del plan en 2021.

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por no tener cobertura para medicamentos que sea tan buena como la cobertura para medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos superiores, es posible que deba pagar un monto mensual adicional en forma directa al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será menor si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados. Consulte la Sección 6 sobre “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 1.2: Cambios en el monto máximo de gastos de su bolsillo

Para su protección, Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de “gastos de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo de gastos de su bolsillo”. En general, una vez que llega a este monto, no debe pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Monto máximo de gastos de su bolsillo Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo de gastos de su bolsillo. Los costos para medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de su bolsillo.	Límite de gastos de su bolsillo de \$2,000 Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de las Partes A y B por el resto del año calendario.	Límite de gastos de su bolsillo de \$1,000 Una vez que haya pagado \$1,000 de su bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de las Partes A y B por el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.ivhp.com, está disponible el Directorio de proveedores y farmacias actualizado. También puede llamar al Equipo de atención para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos el Directorio de proveedores y farmacias. Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2021 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red de servicios.

Es importante que sepa que, durante el año, es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red de servicios puedan cambiar durante el año, debemos proporcionarles acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para notificarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que esté recibiendo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que administre su atención.

Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por los medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes para medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos *solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.*

*Hemos cambiado nuestra red de servicios de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.ivhp.com, está disponible el Directorio de proveedores y farmacias actualizado. También puede llamar a nuestro Equipo de Atención Farmacéutica para obtener información actualizada del proveedor o para pedirnos que le enviemos un Directorio de Proveedor/Farmacia. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2021 para verificar las farmacias que se encuentran en nuestra red.***

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

Nosotros cambiaremos la cobertura de algunos servicios médicos para el año próximo. La información a continuación 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 se cubre y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de cobertura de 2021*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Servicios Quiroprácticos	Sin cobertura.	Copago de \$5 por consulta para un máximo de 15 consultas de rutina al quiropráctico, al año. Debe usar proveedores quiroprácticos de rutina contratados por American Specialty Health (ASH). Para obtener información sobre los proveedores de ASH participantes en su área, comuníquese con el Servicio al Cliente de ASH al 1-800-678-9133 (los miembros de TTY/TDD deben llamar al 711).
Emergencia	Copago de \$120 para visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare. El copago se exime si usted es admitido como paciente hospitalizado dentro de las 24 horas de la visita a Urgencias por la misma condición (dentro de los Estados Unidos y sus Territorios).	Copago de \$90 por consultas en la sala de emergencias cubiertas por Medicare fuera de los Estados Unidos o sus territorios. El copago se exime si usted es admitido como paciente hospitalizado dentro de las 24 horas de la visita a Urgencias por la misma condición (dentro de los Estados Unidos y sus Territorios).
Servicios de terapia ocupacional Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del lenguaje del habla.	Copago de \$10 por cada consulta de rehabilitación cubierta por Medicare para pacientes ambulatorios.	Copago de \$0 por cada consulta de rehabilitación cubierta por Medicare para pacientes ambulatorios.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Productos de venta libre (OTC)	Copago de \$0 para artículos cubiertos de venta libre (OTC). Usted está cubierto por hasta \$30 por trimestre para artículos de venta libre (OTC).	Copago de \$0 para artículos cubiertos de venta libre (OTC). Usted está cubierto por hasta \$50 por trimestre para artículos de venta libre (OTC).
Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)	Sin cobertura.	Copago de \$0 por un sistema personal de respuesta ante emergencias. La cobertura incluye el cargo mensual de monitoreo. Cobertura limitada a una unidad PERS en toda la vida.
Transporte (de rutina/no cubierto por Medicare)	No hay copago para hasta 12 viajes de ida a ubicaciones aprobadas por el plan cada año calendario. El transporte debe ser programado 24 horas antes del horario de la cita. Los servicios de transporte se deben solicitar llamando al (844) 813-5845; las llamadas a este número son gratuitas. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.	No hay copago para hasta 30 viajes de ida a ubicaciones aprobadas por el plan cada año calendario. El transporte debe ser programado 24 horas antes del horario de la cita. Los servicios de transporte se deben solicitar llamando al (844) 813-5845; las llamadas a este número son gratuitas. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Sección 1.6: Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

La Lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Se incluye en este sobre una copia de la Lista de medicamentos.

Hemos realizado cambios en la Lista de medicamentos, incluidos cambios con respecto a los medicamentos cubiertos y a las restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción.**

Si se ve afectado por los cambios en la cobertura para medicamentos, estas son sus opciones:

- **Consulte a su médico (o a quien le prescribe el medicamento) y pida al plan que haga una excepción y cubra el medicamento. Les recomendamos a los miembros actuales** que soliciten una excepción antes del próximo año.
 - 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 nuestro Equipo de atención de farmacia.
- **Consultar a su médico (o a quien le prescribe el medicamento) para buscar otro medicamento** que sí esté cubierto. Puede llamar a nuestro equipo de atención farmacéutica para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de medicamentos que no figuran en el formulario durante los primeros 90 días del año del plan o durante los primeros 90 días de membresía para evitar una interrupción en la terapia. (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 durante el cual obtenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote dicho suministro. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo del año. Sin embargo, durante el año, es posible que hagamos otros cambios que estén permitidos en virtud de las normas de Medicare.

Cuando realicemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, puede seguir realizando consultas con su médico (u otra persona que prescribe recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. Además, seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otro tipo de información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de Medicamentos, ver Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de Cobertura*.)

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si usted participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos recetados de**

la Parte D que no aplique para usted. Le enviaremos un inserto aparte, titulado “Cláusula adicional de la evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados” (también conocido como “Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), donde se le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibe este inserto antes del 1 de octubre de 2020, póngase en contacto con el Equipo de atención para los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. Los números de teléfono de nuestro equipo de atención al miembro se encuentran en la sección 6.1 de este folleto.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. Cuánto paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información que se incluye a continuación muestra 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 alcanza las otras dos etapas: la etapa del período sin cobertura o la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el capítulo 6, secciones 6 y 7, en *Evidencia de cobertura* la cual está disponible en nuestro sitio web ivhp.com. También puede llamar a nuestro Equipo de Atención al Miembro al 1-800-251-8191 TTY/TDD 711 para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.)

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Etapa 1: Etapa deducible anual	Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.	<p>Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.</p> <p>No hay deducible para Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO) o Desert Preferred Choice (HMO).</p> <p>Usted paga \$20.00 por receta por insulinas selectas en el Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos</p> <p>Usted paga \$35.00 por receta por insulinas selectas en el Nivel 4: Medicamentos no preferidos.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

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

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos recetados 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 pedidos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <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>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$5 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga 25 % del costo total.</p> <p>Nivel de medicamentos especializados: Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p>Medicamentos selectos para la diabetes: Usted paga \$11 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,020, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$5 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Usted paga \$20.00 por receta por insulinas selectas en el Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga 25 % del costo total. Usted paga \$35.00 por receta por insulinas selectas en el Nivel 4: Medicamentos no preferidos.</p> <p>Nivel de medicamentos especializados: Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p>Medicamentos selectos para la diabetes: Usted paga \$11 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas —etapa del período sin cobertura y etapa de cobertura en situaciones catastróficas— son para personas cuyos costos de medicamentos son muy elevados. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cobertura*.

Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO) ofrece cobertura de brecha adicional para insulinas selectas. Durante la etapa de brecha de cobertura, su costo de bolsillo para insulinas selectas será:

- \$20.00 por receta por insulinas selectas en el Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos
- \$35.00 por receta por insulinas selectas en el Nivel 4: Medicamentos no preferidos.

SECCIÓN 2 Cómo elegir el plan

Sección 2.1: Si desea seguir en Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO)

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se registra para un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro Plan para el año 2021.

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2021, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente dentro del plazo correspondiente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare, deberá decidir si desea inscribirse 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 posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare & You (Medicare y Usted) 2021*, llame a su Programa Estatal de Asistencia al Seguro Médico o llame a Medicare (ver Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Buscador de planes de Medicare disponible en el sitio web de Medicare. Vaya a www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en un plan nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO).

- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO).
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, tiene las siguientes posibilidades:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con nuestro Equipo de atención para los miembros (en la Sección 6.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
 - *O bien*, póngase en contacto con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo límite para el cambio de plan

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

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertos casos, también se permiten cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda Adicional” para pagar por sus medicamentos, aquellos que tienen o están dejando la cobertura del empleador, y aquellos que se mudan del área de servicio pueden hacer un cambio en otras épocas del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021, pero no está satisfecho con el plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin esta) o cambiarse a Medicare Original (ya sea con cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin esta) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno con consejeros capacitados en cada estado. En California, SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa de Seguros Médicos (HICAP)

HICAP es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y **en forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores de HICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. También pueden ayudarlo a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al HICAP al 1-800-434-0222. Las llamadas a este número son gratuitas.

Puede obtener más información acerca del HICAP en su sitio web (<https://cahealthadvocates.org/HICAP>).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda con el pago de medicamentos recetados. A continuación, listamos los diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir “ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría cubrir hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no estarán sujetos a la etapa del período sin cobertura ni al recargo por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame a este número:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día/7 días a la semana;
 - A la Administración del Seguro Social, al 1-800-772-1213, entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes) o
 - A la Oficina de Medicaid estatal local (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA accedan a medicamentos esenciales para el VIH. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluidos la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, ingresos bajos según lo definido por el estado y la condición sin seguro o infraseguro. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir asistencia de participación en costos recetados a través del proveedor de California para el programa ADAP, el Departamento de Salud Pública de California (CDPH), Centro de Enfermedades Infecciosas, Oficina de SIDA (OA). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Departamento de Salud Pública de California (CDPH), Centro de Enfermedades Infecciosas, Oficina de SIDA (OA) al 1-844-421-7050 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2929). Puede obtener más información acerca del Departamento de Salud Pública de California (CDPH), Centro de Enfermedades Infecciosas, Oficina de SIDA (OA) visitando su sitio web: www.cdph.ca.gov/programs/AIDS.

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1: Cómo recibir ayuda de Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar. Comuníquese con nuestro Equipo de atención para los miembros al 1-800-251-8191. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Contáctenos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. No atendemos el Día de Acción de Gracias ni en Navidad.

Comuníquese con nosotros desde 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. No atendemos los días feriados federales.

NOTA: Si no estamos atendiendo, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos se contestarán en el plazo de un (1) día hábil.

Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2021* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año).

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2021 para Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO)*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Allí se explica cuáles son sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener los servicios y los medicamentos recetados cubiertos. Podrá encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.ivhp.com. También puede llamar al Equipo de atención para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.ivhp.com. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores y farmacias) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

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

Lea *Medicare & You 2021 (Medicare y Usted 2021)*

Puede leer el manual **Medicare & You 2021 (Medicare y Usted 2020)**. Cada año, en otoño, se envía por correo este folleto a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como respuestas a preguntas frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o bien llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.



Inter Valley Health Plan

Planes de Medicare. Pura Salud, No Lucro

Equipo de atención para los miembros:

1-800-251-8191 para beneficios médicos. Las llamadas a este número son gratuitas.

1-909-623-6333. Las llamadas a este número son gratuitas.

Si es usuario de TTY, llame al 711.

Equipo de atención de farmacia:

1-800-523-3142 para beneficios de farmacia. Las llamadas a este número son gratuitas.

Si es usuario de TTY, llame al 711.

Comuníquese con nuestro Equipo de atención para los miembros o el Equipo de atención de farmacia, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. No atendemos el Día de Acción de Gracias ni en Navidad.

Comuníquese con nosotros desde 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. No atendemos los días feriados federales. **NOTA: Si no estamos atendiendo, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos se contestarán en el plazo de un (1) día hábil.**

Nuestro Equipo de atención para los miembros y nuestro Equipo de atención de farmacia también ofrecen un servicio de interpretación gratuito para las personas que no hablan inglés.

Línea directa de enfermería:

1-888-463-9220, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.

Si es usuario de TTY, llame al 711