



El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP) ofrecido por El Paso Health

Aviso anual de cambios para 2022

Actualmente, usted está inscrito como miembro de *El Paso Health Advantage Dual SNP*. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

- Verifique los cambios en el folleto correspondientes a nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si se aplican a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Los medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido distinto?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos para 2022 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado con respecto al año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos anuales de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos cuadros destacan qué fabricantes han estado

aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos por año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que consulta regularmente, se encuentran en nuestra red?
 - ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- Piense acerca de los costos de atención de la salud generales.
 - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en Find health & drug plans (Buscar planes de salud y de medicamentos).
 - Revise la lista en la contraportada del manual Medicare & You (Medicare y Usted).
 - Consulte la Sección 7.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, estará inscrito en *El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)*,
- 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. Consulte la Sección 3.2, página 10 para obtener más información sobre sus opciones.

4. **INSCRÍBASE:** para cambiar los planes, inscríbase 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 en *El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)*.

- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. Usted será automáticamente removido de su actual plan.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los Miembros al 1-833-742-3125. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).
Atendemos del 1 de octubre – 31 de marzo, 8:00 a.m. a 8 p.m. 7 días a la semana; 1 de abril – 30 de septiembre, 8:00 a.m. a 8 p.m. lunes a viernes.
- *Esta información también está disponible en formatos alternativos (por ejemplo, letra grande, Braille).*
- **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 <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

Acerca de *El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)*

- *El Paso Health Advantage Dual SNP es un plan de salud con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Texas. La inscripción en El Paso Health Advantage Dual SNP depende de la renovación del contrato.*
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a El Paso Health Advantage Dual SNP. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a *El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)*.

Resumen de costos importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 y 2022 para *El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en ephmedicare.com el 15 de octubre. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*. Si usted es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por su deducible, visitas al consultorio médico y estadias hospitalarias

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$0 por consulta	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$0 por consulta
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.	<i>\$0 de copago por cada estancia hospitalaria cubierta por Medicare</i>	<i>\$0 de copago por cada estancia hospitalaria cubierta por Medicare</i>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$445</p> <p><i>Copago</i> durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: \$0 copago o \$1.30 copago o \$4.00 copago o 15% coaseguro</p>	<p>Deducible: \$480</p> <p><i>Copago</i> durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: \$0 copago o \$1.35 copago o \$4.00 copago o 15% coaseguro</p>
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo Esto es lo máximo que pagara de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles.)</p>	<p>\$7,550</p> <p>Usted no es responsable del pago de ningún gasto de bolsillo como parte de su monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos por la Parte A y Parte B.</p>	<p>\$7,550</p> <p>Usted no es responsable del pago de ningún gasto de bolsillo como parte de su monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos por la Parte A y Parte B.</p>

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

Resumen de costos importantes para 2022	4
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo.....	4
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	4
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	5
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	5
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	6
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	7
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	11
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir.....	11
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en <i>El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)</i>	11
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	11
SECCIÓN 4 Cambiar de planes	12
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	13
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	13
SECCIÓN 7 Preguntas	14
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de <i>El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)</i>	14
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	15
Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid	15

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año**Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual**

Costo	2020 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare a menos que sea pagado por usted por Medicaid).	\$0	\$0

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

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, son muy pocos los que alcanzan este monto máximo de gastos de bolsillo.</p> <p>Usted no es responsable del pago de ningún gasto de bolsillo como parte del monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos por la Parte A y Parte B. Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. Sus costos de los medicamentos con receta médica no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo.</p>	\$7,550	\$7,550

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Podrá encontrar un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web: ephmedicare.com. También puede llamar a Servicio al cliente para obtener información actualizada de proveedores o para solicitar que le enviemos un Directorio de proveedores por correo postal. **Revise el Directorio de proveedores de 2022 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay una serie de razones por las que su proveedor podría abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandona su 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 con acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para proporcionarle al menos 30 días de anticipación que su proveedor está dejando nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitarlo, y trabajaremos

con usted para asegurarse de que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no es Interrumpido.

- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada adecuadamente, usted tiene el derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista está abandonando su plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

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

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web ephmedicare.com, se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros 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 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que la *Notificación anual de cambios* le informa los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

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*. En nuestro sitio web se incluye una copia de la *Evidencia de cobertura*, en ephmedicare.com. También puede comunicarse con Servicio al cliente para solicitar que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<i>Servicios Dentales</i>	\$3,000 asignación cada año	\$3,500 asignación cada año

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<i>Comidas entregadas en casa</i>	<i>12 comidas saludables después de ser dado(a) de alta de un hospital o centro de enfermería</i>	<i>14 comidas saludables después de ser dado(a) de alta de un hospital o centro de enfermería</i>
<i>Podología</i>	<i>6 visitas anuales para la atención podológica de rutina</i>	<i>10 visitas anuales para la atención podológica de rutina</i>
<i>Nutrición Saludable</i>	<i>No cubierto</i>	<i>Los Miembros calificados obtienen \$75 cada trimestre para productos saludables aprobados.</i>
<i>Programa de Ejercicio</i>	<i>No cubierto</i>	<i>Acceso mensual de membresía a todos los YMCAs locales.</i>

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos vía electrónica. **Puede conseguir la Lista de medicamentos completa** si llama a Servicios para los miembros (consulte la contraportada) o visita nuestro sitio web ephmedicare.com.

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. **Les recomendamos a los miembros actuales** solicitar 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 Servicios para los miembros.

- **Consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento no formal en los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar una brecha en la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la Evidencia de Cobertura.) Durante el tiempo en que usted está recibiendo un temporal suministro de un medicamento, usted debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando su temporal el suministro se agote. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedirle al plan que hacer una excepción para usted y cubrir su medicamento actual

Las excepciones actuales del formulario pueden expirar al final del año del contrato. Si todavía necesita una excepción de formulario, debe hablar con su médico y solicitar una excepción para el próximo año.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas 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

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

La siguiente información muestra los cambios para el próximo año a las dos primeras etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de Brecha de Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte su Resumen de Beneficios o en el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la Evidencia de Cobertura.)

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de marca o de la Parte D hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$0.</p> <p>Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo compartido completo de los medicamentos de su Parte D o medicamentos de marca hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$0.</p> <p>Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo compartido completo de los medicamentos de su Parte D o medicamentos de marca hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y los coaseguros, 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>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p>Usted paga: \$0 copago o \$1.30 copago o \$4.00 copago o 15% coaseguro</p> <p>Todos los demás medicamentos:</p> <p>You pay \$0 copay or \$3.70 copay or \$9.20 copay or 15% coinsurance.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p>Usted paga: \$0 copago o \$1.35 copago o \$4.00 copago o 15% coaseguro</p> <p>Todos los demás medicamentos:</p> <p>You pay \$0 copay or \$3.95 copay or \$9.85 copay or 15% coinsurance.</p>

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

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2020 (este año)	2022 (próximo año)
<i>Programa de Recompensas e Incentivos</i>	<i>Tarjeta de regalo de \$25 por cada examen preventivo:</i>	<i>Tarjeta de regalo de \$25 por cada examen preventivo:</i>
	<i>Finalización del HRA</i>	<i>Finalización del HRA</i>
	<i>Examen Anual del Bienestar</i>	<i>Examen Anual del Bienestar</i>
	<i>Examen de detección del cáncer de mama</i>	<i>Prueba de HbA1c</i>
	<i>Examen de detección del cáncer colorrectal</i>	<i>Examen de la vista diabética</i>
	<i>Examen de detección del cáncer de próstata</i>	<i>Vacuna de Covid19</i>
	<i>Vacuna contra la gripe</i>	<i>Vacuna contra la gripe</i>
	<i>Vacuna contra la neumonía</i>	<i>Vacuna contra la neumonía</i>

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en *El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)*

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 para el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP).

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 Medicare Original. Si cambia a Original Medicare, deberá 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, consulte la publicación *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (consulte la Sección 7.3) 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 <https://www.medicare.gov>. **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 el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)*.
- Para cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)*.
- Para cambiarse a Medicare Original 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 para los miembros (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 de este libro).
 - 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.

Si cambia a Medicare Original y **no se** inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que haya optado por no participar en inscripción automática.

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 2.3 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 *Texas*, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud de Texas.

Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud de Texas es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud de Texas pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con *Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud de Texas* llamando al 1-800-252-9240. Para obtener más información sobre *Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud de Texas*, visite su sitio web (<http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Texas Health and Human Services for Medicaid, comuníquese con Texas Salud y Servicios Humanos (Medicaid) al 1-877-541-7905 o TTY 711, de lunes a viernes, 8a.m. – 5 p.m. o visite el sitio web en www.yourtexasbenefits.com. Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su Salud y Servicios Humanos de Texas Cobertura (medicaid).

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 las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coaseguro. 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.** *Texas* cuenta con un programa denominado Programa de Cuidado de la Salud del Riñón de Texas que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 6 de este folleto).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través de *Programa de Medicamentos para el VIH de Texas y el Programa de Cuidado de la Salud del Riñón de Texas*. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a 1-800-255-1090.

SECCIÓN 7 Preguntas

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de *El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-833-742-3125. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas del 1 de octubre al 31 de marzo, 8:00 a.m. a 8 p.m. diario; 1 de abril al 30 de septiembre, 8 a.m. a 8 p.m., lunes a viernes. 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 El Paso Health Advantage Dual SNP (HMO D-SNP)*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de*

cobertura en nuestro sitio web en ephmedicare.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en ephmedicare.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 (<https://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 ver la información sobre los planes, vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y de medicamentos]).

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 (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.3 – Obtener Ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid o de su plan de atención administrado por Medicaid, llame a los Servicios Humanos y de Salud de Texas (Medicaid) al 1-877-541-7905. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Declaración de no discriminación

El Paso Health cumple con las leyes de derechos civiles federales y no discrimina en la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. El Paso Health no excluye a personas ni las trata diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

El Paso Health proporciona asistencia y servicios de manera gratuita para las personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros tales como:

- Interpretes capacitados en lenguaje de señas
- Información por escrito y en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas para aquellas personas cuyo idioma materno no es el inglés, tales como: intérpretes capacitados e información escrita en otros idiomas.

Si usted necesita estos servicios, favor de contactar al Coordinador de Derechos Civiles al 915-298-7198 Ext 1032.

Si usted cree que El Paso Health no ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado en otra manera debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con:

Coordinador de Derechos Civiles de El Paso Health

Jefe de Conformidad/Oficial de Privacidad HIPAA
1145 Westmoreland, El Paso, TX 79925
FileGrievance@elpasohealth.com
915-298-7198 Ext 1032; TTY 711
FAX 915-532-2877

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, El Coordinador de Derechos Civiles de El Paso Health está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Servicios de Salud y Humanos de los Estados Unidos de manera electrónica a través del Portal de la Oficina para Quejas de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamación están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios de Asistencia Lingüística

Hindi/हिंदी: यदि आपके ,या आप द्वारा सहायता ककए जा रहे ककसी व्यक्ति के El Paso Health के बारे में प्रश्न हैं ,तो आपके पास अपनी भाषा में मुफ्त में सहायता और सूचना प्राप्त करने का अधिकार है। ककसी भाषाएँ सेबात करनेके लिए 1-833-742-3125 (TTY 711).

Persa/پارسی: [دروم رد ل اوس , دین کی م کمک و ا ه ب امش ه ک ی س ک ای , امش رگا : ی س راف] El Paso Health تفایرد ناگی ار روط ه ب آر دوخ ن ابز ه ب تا اعلاط و [361 کمک ه ک دیراد ار نی ا قح Health دین کی م کمک و ا ه ب امش رگا : ی س راف] 1-833-742-3125 (TTY 711).

German/ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-833-742-3125 (TTY 711).

Gujarati/સયુ ના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશલ ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-833-742-3125 (TTY 711).

Ruso/ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-833-742-3125 (телетайп: 711).

Japonés/注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-833-742-3125 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Laotiano/ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ ທ່ານ. ໂທ 1-833-742-3125 (TTY: 711).