

# Aviso Anual de Cambios 2021

Plan Medicare Advantage  
con Cobertura de  
Medicamentos con Receta

Preferred Medicare Assist Plan 1 (HMO D-SNP)



Llamada gratuita **1-866-231-7201**, TTY **711**

8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local



**[www.myPreferredCare.com](http://www.myPreferredCare.com)**

**¿Tenemos su dirección correcta?**

Si no es así, manténganos al día para que podamos informarle las novedades del plan.



**Preferred  
Care Partners**

A UnitedHealthcare Company

## **Encuentre las actualizaciones de su plan para el próximo año**

Este aviso le proporciona información sobre las actualizaciones de su plan, pero tenga en cuenta que no incluye todos los detalles. En este aviso usted será dirigido a [www.myPreferredCare.com](http://www.myPreferredCare.com) para revisar los detalles en Internet. Todos los documentos que se indican a continuación estarán disponibles en Internet para el **15 de octubre de 2020**.

### **Directorio de Proveedores**

Revise el Directorio de Proveedores 2021 en Internet para asegurarse de que sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) sean parte de la red el próximo año.

---

### **Directorio de Farmacias**

Revise el Directorio de Farmacias 2021 en Internet para saber qué farmacias son parte de nuestra red el próximo año.

---

### **Lista de Medicamentos (Formulario)**

Puede buscar los medicamentos que estarán cubiertos por su plan el próximo año y revisar cualquier nueva restricción en nuestro sitio web.

---

### **Evidencia de Cobertura (EOC)**

Revise su Evidencia de Cobertura 2021 para obtener información detallada de los costos y beneficios del plan. La Evidencia de Cobertura es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. Además tiene información sobre el Programa para el Mejoramiento de la Calidad, cómo se toman las decisiones de cobertura médica y sus Derechos y Responsabilidades como miembro.

---

### **¿Prefiere recibir copias impresas?**

Si desea una copia impresa de todo lo indicado anteriormente, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al 1-866-231-7201 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local.

# Aviso Anual de Cambios para 2021



Actualmente está inscrito como miembro de Preferred Medicare Assist (HMO D-SNP).

El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. **Esta guía indica los cambios.**

---

## Qué debe hacer ahora:

### 1. PREGÚNTESE: Qué cambios le afectan a usted

- Revise los cambios en los beneficios y los costos del plan para saber si le afectan.
  - Es importante revisar su cobertura ahora mismo para asegurarse de que satisfaga sus necesidades para el próximo año.
  - ¿Se ven afectados por los cambios los servicios que usted usa?
  - Consulte la Sección 2 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Revise en esta guía los cambios a nuestra cobertura de medicamentos con receta para saber si le afectan.
  - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos?
  - ¿Están sus medicamentos en otro nivel que tiene otro costo compartido?
  - ¿Tiene nuevas restricciones alguno de sus medicamentos? (Por ejemplo, si necesita nuestra aprobación para surtir una receta)
  - ¿Podrá seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Existen cambios en el costo al utilizar una farmacia en particular?
  - Consulte la Sección 2.6 de la Lista de Medicamentos 2021 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
  - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de costo más bajo que pudieran estar disponibles; esto le ayudaría a ahorrar en los gastos de su bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite [es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage](https://es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage). Estas tablas indican qué fabricantes han aumentado sus precios y, además, muestran información adicional sobre los precios de los medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los

beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

- Compruebe que sus médicos y demás proveedores de servicios médicos continúen en nuestra red el próximo año.
  - ¿Están sus médicos, incluso los especialistas que consulta regularmente, en nuestra red?
  - ¿Están en nuestra red los hospitales y demás proveedores de servicios médicos que usted usa?
  - Consulte la Sección 2.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de Proveedores.
- Considere los costos generales del cuidado de su salud.
  - ¿Cuáles serán los gastos de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que usa regularmente?
  - ¿Cuánto costarán la prima y los deducibles del plan?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Pregúntese si está conforme con nuestro plan.

## **2. COMPARE:** Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Revise qué coberturas y qué costos existen en el área donde usted reside.
  - Use la función de búsqueda personalizada del Buscador de Planes de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).
  - Revise la lista que aparece en la contraportada del manual Medicare y Usted.
  - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que se decida por un plan, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

## **3. ELIJA: Usted decide** si se cambia de plan

- Si no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2020, usted será inscrito en Preferred Medicare Assist Plan 1 (HMO D-SNP).
- Si desea cambiarse a otro plan que satisfaga mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre sus opciones.

## **4. INSCRÍBASE:** Si desea cambiar de plan, puede inscribirse al otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre** de **2020**

- Si **no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2020**, usted será inscrito en Preferred Medicare Assist Plan 1 (HMO D-SNP).

- Si se **inscribe en otro plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2021. La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

### Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo en otros idiomas.
- Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al número 1-866-231-7201 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local.
- Este documento está disponible sin costo en otros idiomas.
- Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al número 1-866-231-7201 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local
- Es posible que este documento esté disponible en un formato alternativo, como braille, en letras grandes o en audio. Para obtener más información, comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-231-7201, TTY: 711 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local.
- **La cobertura de este plan cumple los requisitos de una Cobertura de Salud que Califica (Qualifying Health Coverage, QHC)**, además de los de la responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS): [www.irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families](http://www.irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families) para obtener más información.

### Acerca del plan Preferred Medicare Assist Plan 1 (HMO D-SNP)

- Preferred Care Partners está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- El plan también tiene un acuerdo por escrito con el Programa Estatal de Medicaid, Florida, para coordinar los beneficios que recibe de Medicaid.
- Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “para nosotros”, “nuestro” o “nuestra” en esta guía, se refieren a UnitedHealthcare Insurance Company o a una de sus compañías afiliadas. Las expresiones “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a Preferred Medicare Assist Plan 1 (HMO D-SNP).

## Resumen de Costos Importantes para el Año 2021

La siguiente tabla compara en varias áreas importantes los costos del año 2020 con los del año 2021 del plan Preferred Medicare Assist Plan 1 (HMO D-SNP). **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web en [www.myPreferredCare.com](http://www.myPreferredCare.com). Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una **Evidencia de Cobertura**. Si usted cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare, usted paga \$0 de deducible por las visitas al consultorio médico y estadías en el hospital como paciente hospitalizado.

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p><b>Prima Mensual del Plan*</b></p> <p>*Es posible que el costo de la prima sea mayor o menor que esta cantidad. (Consulte la Sección 2.1 para obtener más información).</p>	\$20.00	\$27.10
<p><b>Cantidad máxima de gastos de su bolsillo</b></p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de gastos de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más información).</p>	<p>\$3,400</p> <p>Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo a fin de alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$3,400</p> <p>Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo a fin de alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>
<p><b>Visitas al consultorio médico</b></p>	<p>Visitas con el proveedor de cuidado primario: Usted paga \$0 de copago por cada visita.</p> <p>Visitas con un especialista:</p>	<p>Visitas con el proveedor de cuidado primario: Usted paga \$0 de copago por cada visita.</p> <p>Visitas con un especialista:</p>

<b>Costos</b>	<b>2020 (este año)</b>	<b>2021 (próximo año)</b>
	Usted paga \$0 de copago por cada visita.	Usted paga \$0 de copago por cada visita.
<p><b>Estadía en el hospital como paciente hospitalizado</b></p> <p>Incluye cuidado de casos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales para cuidado a largo plazo y otros servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados se inicia el día que usted es formalmente admitido al hospital con una orden del médico. El día anterior al día en que se le da de alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>	Usted paga \$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número de días ilimitado.	Usted paga \$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número de días ilimitado.
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b></p> <p>(Consulte la Sección 2.6 para obtener más información).</p>	<p>Si está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe beneficios completos de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), entonces, dependiendo de sus ingresos y su estado institucional, usted paga una de las siguientes cantidades:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran genéricos):</p> <p><input type="checkbox"/> \$0 de copago o</p>	<p>Si está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe beneficios completos de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), entonces, dependiendo de sus ingresos y su estado institucional, usted paga una de las siguientes cantidades:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran genéricos):</p> <p><input type="checkbox"/> \$0 de copago o</p>

<b>Costos</b>	<b>2020 (este año)</b>	<b>2021 (próximo año)</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> \$1.30 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> \$3.60 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> 15% del costo total</li> </ul> <p>Si el total de sus pagos de copagos y coseguros alcanza \$6,350, sus costos compartidos serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> \$0 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> \$3.60 de copago</li> </ul> <p>Por todos los demás medicamentos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> \$0 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> \$3.90 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> \$8.95 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> 15% del costo total</li> </ul> <p>Si el total de sus pagos de copagos y coseguros alcanza \$6,350, sus costos compartidos serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> \$0 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> \$8.95 de copago</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> \$1.30 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> \$3.70 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> 15% del costo total</li> </ul> <p>Si el total de sus pagos de copagos y coseguros alcanza \$6,550, sus costos compartidos serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> \$0 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> \$3.70 de copago</li> </ul> <p>Por todos los demás medicamentos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> \$0 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> \$4 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> \$9.20 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> 15% del costo total</li> </ul> <p>Si el total de sus pagos de copagos y coseguros alcanza \$6,550, sus costos compartidos serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> \$0 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> \$9.20 de copago</li> </ul>
<p><b>Si no califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare, que ayuda a pagar el costo de los medicamentos con receta</b></p>		
	<p>Deducible:                  \$0 Nivel 1 y Nivel 2                  \$435 del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.</p> <p>Copagos/Coseguros por un suministro de un mes</p>	<p>Deducible:                  \$0 Nivel 1 y Nivel 2                  \$445 Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.</p> <p>Copagos/Coseguros por un suministro de un mes</p>



<b>Costos</b>	<b>2020 (este año)</b>	<b>2021 (próximo año)</b>
	<p>(30 días) durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p>Medicamentos del Nivel 1: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$0 por cada medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos del Nivel 2: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$0 por cada medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos del Nivel 3: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) 25% del costo total.</p> <p>Medicamentos del Nivel 4: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) 25% del costo total.</p> <p>Medicamentos del Nivel 5: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) 25% del costo total.</p>	<p>(30 días) durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p>Medicamentos del Nivel 1: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$0 por cada medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos del Nivel 2: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$0 por cada medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos del Nivel 3: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) 25% del costo total.</p> <p>Medicamentos del Nivel 4: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) 25% del costo total.</p> <p>Medicamentos del Nivel 5: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) 25% del costo total.</p>



## Sección 1: Cambio del Nombre del Plan

El día 1 de enero de 2021, el nombre de nuestro plan cambiará de Preferred Medicare Assist (HMO D-SNP) a Preferred Medicare Assist Plan 1 (HMO D-SNP).

Le enviaremos por correo una nueva tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare. Si tiene alguna pregunta o si su tarjeta de ID de miembro de nitedHealthcare se le daña, se le pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicio al Cliente al 1-866-231-7201 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una tarjeta nueva.

Usted verá el nombre del nuevo plan reflejado en próximas comunicaciones que muestran el nombre del plan.

## Sección 2: Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año

### SECCIÓN 2.1: Cambios en la Prima Mensual

---

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (Usted también debe seguir pagando la prima mensual de la Parte B de Medicare , a menos que Medicaid la pague por usted ).	<b>\$20.00</b>	<b>\$27.10</b>

### SECCIÓN 2.2: Cambios en el Máximo de Gastos de su Bolsillo

---

Para su protección, Medicare exige que todos los planes de salud impongan un límite a la cantidad que usted paga de “gastos de su bolsillo” durante el año. A este límite se le llama “máximo de gastos de su bolsillo”. Una vez que alcance ese máximo, generalmente usted no tiene que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p><b>Máximo de gastos de su bolsillo</b></p> <p>Ya que nuestros miembros también reciben asistencia de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), rara vez alguno de ellos alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.</p> <p>Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo a fin de alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Los costos que le corresponden a usted de los servicios médicos cubiertos (por ejemplo, copagos) se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos con receta no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo.</p>	<p>\$3,400</p> <p>Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo a fin de alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,400 de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>	<p>\$3,400</p> <p>Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo a fin de alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,400 de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

## SECCIÓN 2.3: Cambios en la red de proveedores

El próximo año habrá cambios en nuestra red de proveedores. Encontrará un Directorio de Proveedores actualizado en nuestro sitio web en [www.myPreferredCare.com](http://www.myPreferredCare.com). Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para obtener la información actualizada de los proveedores o para pedir que se le envíe por correo un Directorio de Proveedores. **Consulte el Directorio de Proveedores 2021 para saber si sus proveedores (su proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Tenga en cuenta que, durante el año, podemos hacer cambios en la lista de hospitales, médicos y

especialistas (proveedores) que forman parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de prestar servicios a su plan, y si esto ocurre, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, tenemos el deber de ofrecerle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Nos esforzaremos, en buena fe, por darle aviso con 30 días de anticipación de que su proveedor dejará nuestro plan, de modo que tenga el tiempo para seleccionar a un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado que pueda continuar atendiendo sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si usted está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, no sufra interrupciones, y colaboraremos con usted para que así sea.
- Si usted cree que no le hemos suministrado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado no está siendo administrado adecuadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor para administrar su cuidado.

## SECCIÓN 2.4: Cambios en la red de farmacias

---

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta depende de la farmacia en que los surte. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura solamente si se surten en una farmacia de nuestra red.

El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. Encontrará un Directorio de Farmacias actualizado en nuestro sitio web en [www.myPreferredCare.com](http://www.myPreferredCare.com). Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para obtener la información actualizada de las farmacias o para pedir que se le envíe por correo un Directorio de Farmacias. **Revise el Directorio de Farmacias 2021 para saber qué farmacias son parte de nuestra red.**

## SECCIÓN 2.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

---

Tenga en cuenta que el **Aviso Anual de Cambios** solamente le muestra los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Nuestra cobertura de ciertos servicios médicos se modificará el próximo año. La siguiente información describe esos cambios. Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan

y qué paga usted), en su Evidencia de Cobertura **2021**. Encontrará una copia de la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web en [www.myPreferredCare.com](http://www.myPreferredCare.com). Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una Evidencia de Cobertura.

Si usted cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare, usted paga \$0 de copago.

<b>Costos</b>	<b>2020 (este año)</b>	<b>2021 (próximo año)</b>
<p><b>Costo compartido de Medicare</b></p> <p>El costo compartido de Medicare incluye copago, coseguro y deducibles.</p> <p>El miembro siempre es responsable del costo compartido de la Parte D.</p> <p>Comuníquese con Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) al 1-888-419-3456 para obtener más información.</p>	<p>En el caso de los servicios cubiertos por Medicare, usted paga:</p> <p>\$0 si está inscrito en Medicaid como un Beneficiario calificado de Medicare (QMB).</p> <p>\$0 si está inscrito en Medicaid con beneficios completos (pero no es QMB), excepto por servicios que no cubre el programa estatal de Medicaid.</p> <p>Si no recibe beneficios completos de Medicaid o si no es un Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), debe pagar el costo compartido de Medicare que le corresponde, incluidos copagos, deducibles y coseguros.</p>	<p>En el caso de los servicios cubiertos por Medicare, usted paga:</p> <p>\$0 si está inscrito en Medicaid como un Beneficiario Calificado de Medicare (QMB).</p> <p>\$0 si está inscrito en Medicaid con beneficios completos (pero no es QMB), excepto por servicios que no cubre el programa estatal de Medicaid.</p> <p>Si no recibe beneficios completos de Medicaid o si no es un Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), debe pagar el costo compartido de Medicare que le corresponde, incluidos copagos, deducibles y coseguros.</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sea inferior por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla de **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.

<b>Costos</b>	<b>2020 (este año)</b>	<b>2021 (próximo año)</b>
		Consulte la <b>Evidencia de Cobertura</b> para ver qué beneficios cubre Medicare.
<b>Autorización</b>	Su proveedor debe obtener una preautorización para algunos servicios. Sus requisitos de preautorización incluyen todos los servicios cubiertos por Medicare excepto: Cuidado de Emergencia, Servicios Requeridos de Urgencia, Servicios de Ambulancia en Casos de Emergencia, Servicios del Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos y Servicios Preventivos Cubiertos por Medicare.	Los servicios para los que su proveedor debe obtener una preautorización han cambiado. Sus requisitos de preautorización incluyen todos los servicios cubiertos por Medicare excepto: Cuidado de Emergencia, Servicios Requeridos de Urgencia, Servicios de Ambulancia en Casos de Emergencia y Servicios Preventivos Cubiertos por Medicare.
<b>Capacitación para el Automanejo de la Diabetes, Servicios y Suministros para la Diabetes</b>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio® Flex, Accu-Chek®</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sea inferior por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla de **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	<p>Guide Me, Accu-Chek® Guide y Accu-Chek® Aviva Plus.</p> <p>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus, Accu-Chek® SmartView y Accu-Chek® Compact Plus.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas. Si usa una marca que su plan no cubre, le conviene consultar a su médico para obtener una nueva receta con una marca que sí tenga cobertura.</p>	<p>Verio Reflect®, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.</p> <p>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas. Si usa una marca que su plan no cubre, le conviene consultar a su médico para obtener una nueva receta con una marca que sí tenga cobertura.</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sea inferior por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla de **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.



<b>Costos</b>	<b>2020 (este año)</b>	<b>2021 (próximo año)</b>
<b>Servicios de apoyo a domicilio</b>	<u>Sin</u> cobertura	Usted paga \$0 de copago.  Reciba hasta 12 horas anuales de servicios de apoyo a domicilio durante los primeros 14 días después que le den de alta de un hospital o de un centro de enfermería especializada. Esto incluye el cuidado en el domicilio para ayudarle con tareas tales como bañarse, vestirse, etc. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.
<b>Beneficio de productos de venta sin receta</b>	\$95 de crédito mensual. La cantidad acreditada que tenga vence al final del mes.	\$150 de crédito mensual. La cantidad acreditada que tenga vence al final del mes.
<b>Transporte (de rutina, adicional)</b>	Usted paga \$0 de copago por un número ilimitado de viajes en una sola dirección por cada año calendario.	Usted paga \$0 de copago por un número ilimitado de viajes en una sola dirección por cada año calendario. Los servicios de transporte son proporcionados por LogistiCare.
<b>Visitas virtuales de salud mental</b>	<u>Sin</u> cobertura	Usted paga \$0 de copago.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sea inferior por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla de **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.

## SECCIÓN 2.6: Cambios en la Cobertura de Medicamentos con Receta de la Parte D

---

### Cambios en Nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra Lista de Medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de Medicamentos”. **Para obtener la Lista de Medicamentos completa**, llame a Servicio al Cliente (consulte la contraportada) o visite nuestro sitio web ([www.myPreferredCare.com](http://www.myPreferredCare.com)).

Hicimos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, incluso cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y para saber si tendrán alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos:

- **Consulte a su médico (u otro profesional que receta) sobre cómo solicitar al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento.
  - Si desea saber cómo proceder para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su **Evidencia de Cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones y quejas])** o llame a Servicio al Cliente.
- **Consulte a su médico (u otro profesional que receta) para encontrar otro medicamento** que cubramos. Llame a Servicio al Cliente para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica.

A fin de evitar una interrupción en la terapia, en algunos casos se nos exige que cubramos, en los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía, un suministro temporal de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos (Formulario) o que tiene restricciones de algún tipo. (Si desea saber cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la **Evidencia de Cobertura**). Durante el tiempo en que recibe el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Puede cambiar el medicamento por otro cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Si obtuvo aprobación para una excepción a la Lista de Medicamentos (Formulario) este año, refiérase a la carta de aprobación que indica la fecha de vencimiento de la aprobación. Una vez que ha pasado la fecha de vencimiento indicada en la carta de aprobación, tendrá que obtener una nueva aprobación para que el plan siga cubriendo el medicamento (siempre y cuando el medicamento todavía requiera una excepción y si usted y su médico consideran que es necesario). Si desea saber cómo proceder para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura o llame a Servicio al Cliente.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que durante el año hagamos otros cambios que son permitidos por las reglas

de Medicare.

Cuando hagamos estos cambios en la Lista de Medicamentos durante el año, usted puede hablar con su médico (u otro profesional que receta) para pedirnos que hagamos una excepción para cubrir su medicamento. Seguiremos actualizando de manera programada nuestra Lista de Medicamentos en Internet y proporcionaremos cualquier otra información necesaria que identifique los cambios en los medicamentos. (Consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre los posibles cambios que hagamos a la Lista de Medicamentos.)

### Cambios en los Costos de los Medicamentos con Receta

**Nota:** Si está inscrito en el programa “Ayuda Adicional” que ayuda a pagar sus medicamentos, es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso. Le enviamos un documento aparte, titulado “Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para Quienes Reciben el Programa Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos con Receta” (también se le llama “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional LIS”), con información sobre su cobertura de medicamentos. Debido a que usted recibe el programa “Ayuda Adicional”, recibirá la “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” a más tardar el 30 de septiembre de 2020. Si no la recibe, llame a Servicio al Cliente y solicite la Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (“LIS Rider”).

Las “etapas de pago de medicamentos” son cuatro. Lo que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en que se encuentre. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 6 de la **Evidencia de Cobertura** para obtener más información sobre las etapas.)

Enseguida se indican los cambios que tendrán el próximo año las dos primeras etapas – la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas – la Etapa Sin Cobertura y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la **Evidencia de Cobertura**, disponible en nuestro sitio web en [www.myPreferredCare.com](http://www.myPreferredCare.com). Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una **Evidencia de Cobertura**.)

### Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa del Deducible Anual (Parte D)</b> En esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos del Nivel 3,	Su deducible es de \$0 o de \$89 por los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, según	Su deducible es de \$0 o de \$92 por los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, según

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Nivel 4 y Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>sea el nivel del programa “Ayuda Adicional” que recibe. (Consulte el documento aparte, la “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos”, para saber cuál es su deducible.)</p> <p>Si no califica para el programa “Ayuda Adicional” de Medicare, que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta, su deducible es de \$435.</p>	<p>sea el nivel del programa “Ayuda Adicional” que recibe. (Consulte el documento aparte, la “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos”, para saber cuál es su deducible.)</p> <p>Si no califica para el programa "Ayuda Adicional" de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta, su deducible es de \$445.</p>

### Cambios en su Costo Compartido Durante la Etapa de Cobertura Inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, **Gastos de su bolsillo que podría pagar por los medicamentos cubiertos** en su **Evidencia de Cobertura**.

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b> Una vez que haya pagado el deducible anual, usted pasará a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p>	<p>Su costo por un suministro de un mes (30-días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Medicamentos genéricos (incluso medicamentos de</b></p>	<p>Su costo por un suministro de un mes (30-días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Medicamentos genéricos (incluso medicamentos de</b></p>

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Los costos indicados en este renglón corresponden al suministro de un mes (30 días) si surte su receta en una farmacia de la red con costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de las recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <b>Evidencia de Cobertura.</b></p>	<p><b>marca que se consideran como genéricos):</b></p> <p>Si está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe beneficios completos de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), entonces, dependiendo de sus ingresos y su estado institucional, usted paga una de las siguientes cantidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> \$0 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> \$1.30 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> \$3.60 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> 15% del costo total</li> </ul> <p><b>Por todos los demás medicamentos cubiertos:</b></p> <p>Si está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe beneficios completos de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), entonces, dependiendo de sus ingresos y su estado institucional, usted paga una de las siguientes cantidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> \$0 de copago o</li> </ul>	<p><b>marca que se consideran como genéricos):</b></p> <p>Si está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe beneficios completos de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), entonces, dependiendo de sus ingresos y su estado institucional, usted paga una de las siguientes cantidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•\$0 de copago o</li> <li>•\$1.30 de copago o</li> <li>•\$3.70 de copago o</li> <li>•15% del costo total</li> </ul> <p><b>Por todos los demás medicamentos cubiertos:</b></p> <p>Si está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe beneficios completos de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), entonces, dependiendo de sus ingresos y su estado institucional, usted paga una de las siguientes cantidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•\$0 de copago o</li> </ul>

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> \$3.90 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> \$8.95 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> 15% del costo total</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$4 de copago o</li> <li>• \$9.20 de copago o</li> <li>• 15% del costo total</li> </ul>
	<b>Si no califica para el programa “Ayuda Adicional” de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta</b>	
	<p><b>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos:</b>                      Usted paga \$0 por cada medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 2 - Medicamentos genéricos:</b>                      Usted paga \$0 por cada medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos:</b>                      Usted paga 25% del costo total.</p> <p><b>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos:</b>                      Usted paga 25% del costo total.</p> <p><b>Nivel 5 - Medicamentos de especialidad:</b>                      Usted paga 25% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan</p>	<p><b>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos:</b>                      Usted paga \$0 por cada medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 2 - Medicamentos genéricos:</b>                      Usted paga \$0 por cada medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos:</b>                      Usted paga 25% del costo total.</p> <p><b>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos:</b>                      Usted paga 25% del costo total.</p> <p><b>Nivel 5 - Medicamentos de especialidad:</b>                      Usted paga 25% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan</p>

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	alcanzado \$4,020, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa Sin Cobertura).	alcanzado \$4,130, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa Sin Cobertura).

### Cambios en la Etapa Sin Cobertura y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores

La Etapa sin Cobertura y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para las personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a ninguna de esas etapas.**

Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte su Resumen de Beneficios o 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 en Preferred Medicare Assist Plan 1 (HMO D-SNP)

---

**Para seguir en nuestro plan, no tiene que hacer nada.** Si no se inscribe en otro plan o no se cambia a Medicare Original a más tardar el 7 de diciembre, será inscrito automáticamente en nuestro plan Preferred Medicare Assist Plan 1 (HMO D-SNP).

### SECCIÓN 3.2: Si Decide Cambiar de Plan

---

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si decide cambiar de plan para el año 2021, siga estos pasos:

#### Paso 1: Sepa con qué opciones cuenta y compárelas

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

Si desea más información sobre Medicare Original y los distintos planes de Medicare, lea el manual **Medicare y Usted 2021**, llame al Programa Estatal de Asistencia para el Seguro de Salud (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Use el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web del programa para encontrar información sobre los planes disponibles en su área. Visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare). **En este sitio encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Le recordamos que UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas ofrecen otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Es posible que haya diferencias en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos de esos otros planes.

## Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en el plan Preferred Medicare Assist Plan 1 (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en el plan Preferred Medicare Assist Plan 1 (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo debe hacer esto, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la Sección 7.1 de esta guía).
  - – o – Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Medicare Original pero **no** se inscribe en un plan aparte para los medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado por no utilizar la inscripción automática.

## Sección 4: Cambiar de Plan

Si el próximo año desea cambiarse a otro plan o a un plan Medicare Original, podrá hacerlo **del 15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2021.

### ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En ciertas situaciones, se permite hacer cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, es posible que se les permita hacer cambios durante otros períodos del año a las personas que tienen Medicaid, a las personas que reciben el programa “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, a las que tienen cobertura de parte de su empleador o que dejarán de tenerla y,



también, a las personas que se mudan fuera del área de servicio del plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que comienza el 1 de enero de 2021, y no le agrada el plan que seleccionó, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2021. 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 y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el programa SHIP se llama Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) es una entidad independiente (no está relacionada con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento **gratuito** sobre el seguro de salud a las personas inscritas en Medicare. Los asesores de Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) pueden ayudarle a responder sus preguntas o resolver problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar a Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) al 1-800-963-5337.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA), comuníquese con Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA), al 1-888-419-3456, 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora del Este. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771. Pregunte si su inscripción en otro plan o su regreso a Medicare Original afectan la cobertura que obtiene de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA).

## Sección 6: Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos con Receta

Es posible que usted califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación se indican distintos tipos de ayuda:

- **Programa “Ayuda Adicional” de Medicare.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en el programa ‘Ayuda Adicional’ (se le conoce también como el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos). El programa Ayuda Adicional paga una parte de las primas, los

deducibles anuales y los coseguros de sus medicamentos con receta. Debido a que usted califica para este programa, no pasa por la Etapa Sin Cobertura ni tiene que pagar la multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre el programa Ayuda Adicional, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
  - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  - La Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda con el Costo Compartido de los Medicamentos con Receta de las Personas con VIH o SIDA.** El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) garantiza que las personas que cumplen los requisitos del programa ADAP y que viven con el VIH o sida tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen contar con comprobantes de residencia en el estado, de diagnóstico de VIH, de bajos ingresos según lo define el estado y de no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida califican para recibir ayuda con los costos compartidos de los medicamentos con receta a través del programa ADAP de su estado. Para obtener información sobre los criterios de participación, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a la oficina del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado. La información para comunicarse con el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado se encuentra en el Capítulo 2 de la **Evidencia de Cobertura**.

## Sección 7: ¿Tiene preguntas?

### SECCIÓN 7.1: Cómo Obtener Ayuda de Preferred Medicare Assist Plan 1 (HMO D-SNP)

---

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-231-7201. (Los usuarios de TTY, exclusivamente, deben llamar al 711). Atendemos las llamadas telefónicas durante este horario: 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local. Las llamadas a estos números son gratuitas.

**Le recomendamos leer su Evidencia de Cobertura 2021 (contiene información detallada de los costos y beneficios para el próximo año del plan)**

Este **Aviso Anual de Cambios** contiene un resumen de los cambios a los costos y beneficios para el año 2021. Para obtener información detallada, consulte la **Evidencia de Cobertura 2021** del plan Preferred Medicare Assist Plan 1 (HMO D-SNP). La **Evidencia de Cobertura** es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta cubiertos. Encontrará una copia de la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web en [www.myPreferredCare.com](http://www.myPreferredCare.com). Si lo

prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una Evidencia de Cobertura.

### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [www.myPreferredCare.com](http://www.myPreferredCare.com). Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada de nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario).

## **SECCIÓN 7.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare**

---

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

### **Visite el sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.es.medicare.gov](http://www.es.medicare.gov)). Ahí encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para que compare los planes de medicamentos con receta de Medicare. Use el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare para encontrar información sobre los planes disponibles en su área. (Para ver la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).)

### **Lea Medicare y Usted 2021**

Le conviene leer el manual **Medicare y Usted 2021**. Es una publicación que se envía por correo cada otoño a las personas inscritas en Medicare. Incluye un resumen de beneficios, derechos y protecciones de Medicare, además de respuestas a preguntas frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este manual, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](http://es.medicare.gov)) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## **SECCIÓN 7.3: Cómo Obtener Ayuda del Medicaid**

---

Para obtener información de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), llame a Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) al 1-888-419-3456. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771.



**Preferred Medicare Assist Plan 1 (HMO D-SNP) Servicio al Cliente:**

Llame al **1-866-231-7201**

Las llamadas a este número son gratis 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratis de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

---

**TTY 711**

Las llamadas a este número son gratis 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local.

---

Escriba a P.O. Box 30769  
Salt Lake City, UT 84130-0769

---

Sitio web **[www.myPreferredCare.com](http://www.myPreferredCare.com)**