

Aviso Anual de Cambios 2021

Plan Medicare Advantage
con Cobertura de
Medicamentos con Receta

Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP)



Llamada gratuita **1-866-314-8188**, TTY **711**

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



www.EricksonAdvantage.com

¿Tenemos su dirección correcta?

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



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.EricksonAdvantage.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 1-866-314-8188 (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 Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP).

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

Si desea hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año, puede hacerlos desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

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 1 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 1.6 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. 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 1.3 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.
 - Revise la lista que aparece en la contraportada del manual Medicare y Usted.
 - Consulte la Sección 2.2 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 Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP).
- Si desea cambiarse a otro plan que satisfaga mejor sus necesidades, puede cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

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 Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP).
- Si se **inscribe en otro plan a más tardar 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 1-866-314-8188 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 1-866-314-8188 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 1-866-314-8188, 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 para obtener más información.

Acerca del plan Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP)

- Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- 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 Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-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 Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-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.EricksonAdvantage.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una **Evidencia de Cobertura**.

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Prima Mensual del Plan*</p> <p>*Es posible que el costo de la prima sea mayor o menor que esta cantidad. (Consulte la Sección 1.1 para obtener más información).</p>	\$29.30	\$28.80
<p>Cantidades máximas de gastos de su bolsillo</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 1.2 para obtener más información).</p>	<p>De proveedores de la red: \$500</p> <p>De proveedores fuera de la red: Ilimitado</p>	<p>De proveedores de la red: \$500</p> <p>De proveedores fuera de la red: Ilimitado</p>
<p>Visitas al consultorio médico</p>	<p>Visitas con el proveedor de cuidado primario: Usted paga \$0 de copago por cada visita (dentro de la red).</p> <p>Usted paga 30% de coseguro por cada visita (fuera de la red).</p> <p>Visitas con un especialista: Usted paga \$0 de copago por cada visita (dentro de la red).</p>	<p>Visitas con el proveedor de cuidado primario: Usted paga \$0 de copago por cada visita (dentro de la red).</p> <p>Usted paga 30% de coseguro por cada visita (fuera de la red).</p> <p>Visitas con un especialista: Usted paga \$0 de copago por cada visita (dentro de la red).</p>

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	Usted paga 30% de coseguro por cada visita (fuera de la red).	Usted paga 30% de coseguro por cada visita (fuera de la red).
<p>Estadía en el hospital como paciente hospitalizado</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>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número de días ilimitado (dentro de la red).</p> <p>Usted paga 30% de coseguro por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número de días ilimitado (fuera de la red).</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número de días ilimitado (dentro de la red).</p> <p>Usted paga 30% de coseguro por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número de días ilimitado (fuera de la red).</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener más información).</p> <p>Para saber cuáles son los medicamentos de insulina selectos, revise la Lista de Medicamentos más actualizada que proporcionamos electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente.</p>	<p>Deducible: Esta etapa de pago no corresponde en su caso porque este plan no tiene un deducible.</p> <p>Copagos/Coseguros por un suministro de un mes (30 días) durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 1: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$0 de copago <input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 2: Costo compartido en farmacia minorista 	<p>Deducible: Esta etapa de pago no corresponde en su caso porque este plan no tiene un deducible.</p> <p>Copagos/Coseguros por un suministro de un mes (30 días) durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 1: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$0 de copago <input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 2: Costo compartido en farmacia minorista

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	estándar (dentro de la red) \$0 de copago <input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 3: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$28 de copago <input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 4: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$70 de copago <input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 5: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) 33% del costo total	estándar (dentro de la red) \$0 de copago <input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 3: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$28 de copago <input type="checkbox"/> Medicamentos de Insulina Selectos ¹ : Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$28 de copago <input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 4: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$70 de copago <input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 5: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) 33% del costo total

¹ Para el año 2021, este plan participa en el Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada, que ofrece gastos de su bolsillo estables, predecibles y más bajos por insulina cubierta a través de las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Usted pagará un máximo de \$35 por un suministro de 1 mes de insulina cubierta durante la Etapa del Deducible, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa Sin Cobertura o "intervalo en la cobertura" de su beneficio. Pagará el 5% del costo total de su insulina cubierta en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Su costo podría ser menor si recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare.

Aviso Anual de Cambios para 2021

Índice

Resumen de Costos Importantes para el Año 2021.....	6
Sección 1: Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año.....	10
Sección 1.1: Cambios en la Prima Mensual.....	10
Sección 1.2: Cambios en los Máximos de Gastos de su Bolsillo.....	10
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores.....	11
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias.....	12
Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	12
Sección 1.6: Cambios en la Cobertura de Medicamentos con Receta de la Parte D	15
Sección 2: Cómo Decidir Qué Plan Elegir.....	19
Sección 2.1: Si desea seguir en Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP)	19
Sección 2.2: Si Decide Cambiar de Plan.....	20
Sección 3: Plazo para Cambiar de Plan.....	21
Sección 4: Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare.....	21
Sección 5: Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos con Receta.....	21
Sección 6: ¿Tiene preguntas?.....	22
Sección 6.1: Cómo Obtener Ayuda de Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP).....	22
Sección 6.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare.....	23

Sección 1: Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año

SECCIÓN 1.1: Cambios en la Prima Mensual

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual (Usted también debe seguir pagando la prima mensual de la Parte B de Medicare).	\$29.30	\$28.80

- La prima mensual del plan será mayor si usted tiene la obligación de pagar una multa de por vida por inscripción tardía en la Parte D. La multa se aplica por estar (por 63 días o más) sin una cobertura de medicamentos que pague, como mínimo, tanto como la cobertura de medicamentos de Medicare (a esta cobertura se le llama “cobertura acreditable”).
- Si sus ingresos son más altos, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- La prima mensual del plan será menor si recibe el programa “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Consulte la Sección 5 con respecto al programa “Ayuda Adicional” de Medicare.

SECCIÓN 1.2: Cambios en los Máximos 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 estos límites se les llama “máximos 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)
Máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red	\$500 Una vez que haya pagado \$500 de gastos de su	\$500 Una vez que haya pagado \$500 de gastos de su

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Los costos que le corresponden a usted de los servicios médicos cubiertos (por ejemplo, copagos) que haya recibido de proveedores de la red se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red. 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>bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que haya recibido de proveedores de la red, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que reciba de proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p>	<p>bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que haya recibido de proveedores de la red, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que reciba de proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p>
<p>Cantidad máxima de gastos de su bolsillo fuera de la red</p> <p>Los costos que le corresponden a usted de los servicios médicos cubiertos (por ejemplo, copagos) que haya recibido de proveedores fuera de la red se toman en cuenta para alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo. La prima de su plan no se toma en cuenta para alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo.</p>	<p>Usted tiene un máximo ilimitado de gastos de su bolsillo fuera de la red.</p>	<p>Usted tiene un máximo ilimitado de gastos de su bolsillo fuera de la red.</p>

SECCIÓN 1.3: 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.EricksonAdvantage.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 1.4: 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.EricksonAdvantage.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 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

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

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Autorización	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.
Sangre	Usted paga \$0 de copago (dentro de la red).	Usted paga \$0 de copago por los servicios dentro de un asilo de convalecencia (dentro de la red). Usted paga 20% del costo total por los servicios fuera de un asilo de convalecencia (dentro de la red).

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Servicios para la audición Aparatos auditivos</p>	<p>Usted recibe una asignación de \$1,100 para aparatos auditivos, límite de 2 aparatos auditivos cada 2 años (solamente productos selectos).</p> <p>Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país (solamente productos selectos).</p>	<p>Usted paga \$375 - \$2,075 de copago por cada aparato auditivo; límite de 2 aparatos auditivos cada 2 años (solamente productos selectos).</p> <p>Usted paga \$375 de copago por los aparatos auditivos con entrega a domicilio disponibles en todo el país (solamente productos selectos).</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos</p>	<p>Usted paga 30% del costo total (fuera de la red).</p>	<p>Usted paga \$0 de copago (fuera de la red).</p>
<p>Beneficio de Productos para la Salud / Catálogo de Productos de Venta Sin Receta (OTC)</p>	<p>\$290 de crédito trimestral. Los créditos vencen al final del año.</p> <p>Puede realizar su pedido por Internet, por teléfono, o por correo a través del Catálogo del Beneficio de Productos para la Salud que le enviaremos</p>	<p>\$290 de crédito trimestral. Los créditos vencen al final del año .</p> <p>Puede realizar su pedido por Internet, por teléfono o por correo a través del Catálogo de Productos Básicos+ de FirstLine que le enviaremos.</p> <p>El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p>
<p>Visitas virtuales médicas</p>	<p><u>Sin</u> cobertura</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p>

Costos	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Cuidado de la vista Opciones adicionales de artículos para la vista de rutina</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por lentes estándar; recibe hasta \$100 para la compra de marcos o lentes de contacto cada 2 años. (dentro de la red)</p> <p>Usted paga 50% de coseguro; recibe hasta \$100 para la compra de marcos o lentes de contacto cada 2 años. (fuera de la red)</p> <p>Este crédito se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por lentes estándar; recibe hasta \$100 para la compra de marcos o lentes de contacto a través de proveedores de UnitedHealthcare Vision cada 2 años.</p> <p>Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red de UnitedHealthcare Vision (solamente productos selectos). Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista que no se compren de un proveedor de la red de UnitedHealthcare Vision.</p>

SECCIÓN 1.6: 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.EricksonAdvantage.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. Si 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.EricksonAdvantage.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)
Etapa 1: Etapa del Deducible Anual (Parte D)	Esta etapa de pago no se aplica en su caso ya que este plan no tiene un deducible.	Esta etapa de pago no se aplica en su caso ya que este plan no tiene un deducible. No hay deducible para el plan Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP) por medicamentos de insulina selectos. Usted paga \$28 por un suministro de un mes de medicamentos de insulina selectos en una farmacia minorista.

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>Etapa 2: 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>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.</p> <p>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 Evidencia de Cobertura.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos medicamentos de la Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos están en otro nivel, búsquelos en la Lista de Medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por cada medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2 - Medicamentos genéricos: Usted paga \$0 por cada medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$28 por cada medicamento con receta.</p> <p>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos: Usted paga \$70 por cada medicamento con receta.</p> <p>Nivel 5 - Medicamentos de especialidad: Usted paga 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado \$4,020, usted pasará a la etapa</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes, surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por cada medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2 - Medicamentos genéricos: Usted paga \$0 por cada medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$28 por cada medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de Insulina Selectos¹: Usted paga \$28 por cada medicamento con receta.</p> <p>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos: Usted paga \$70 por cada medicamento con receta.</p> <p>Nivel 5 - Medicamentos de especialidad: Usted paga 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos</p>

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	siguiente (la Etapa Sin Cobertura).	totales de sus medicamentos hayan alcanzado \$4,130, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa Sin Cobertura).

¹ Para el año 2021, este plan participa en el Programa de Ahorros para la Insulina para Adultos de Edad Avanzada, que ofrece gastos de su bolsillo estables, predecibles y más bajos por insulina cubierta a través de las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Usted pagará un máximo de \$35 por un suministro de 1 mes de insulina cubierta durante la Etapa del Deducible, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa Sin Cobertura o "intervalo en la cobertura" de su beneficio. Pagará el 5% del costo total de su insulina cubierta en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Su costo podría ser menor si recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare.

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

Nuestro plan ofrece cobertura adicional durante la Etapa Sin Cobertura para insulinas selectas. Durante la Etapa Sin Cobertura, los gastos de su bolsillo por medicamentos de insulina selectos serán de \$28 por un suministro de un mes en una farmacia minorista.

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos - la Etapa Sin Cobertura y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, son para las personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa Sin Cobertura o la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.** Para obtener información sobre los costos que le corresponden a usted en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6, de su **Evidencia de Cobertura**.

Sección 2: Cómo Decidir Qué Plan Elegir

SECCIÓN 2.1: Si desea seguir en Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-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 Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP).

SECCIÓN 2.2: 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 usted no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

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 4), o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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. **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 Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-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 Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-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 6.1 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.

Sección 3: Plazo para Cambiar de Plan

Usted puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

Sección 4: Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare

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.

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud 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 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud 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. El número de teléfono y la dirección de su programa SHIP se encuentran en la Sección 3 del Capítulo 2 de la **Evidencia de Cobertura**.

Sección 5: 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.** Las personas que tienen ingresos limitados pueden calificar para el programa “Ayuda Adicional” que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más del costo de sus medicamentos, incluso las primas mensuales, los deducibles anuales y los coseguros de su plan de medicamentos con receta. Además, aquellos que califican no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas cumplen los requisitos y ni siquiera lo saben. Para saber si califica, 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).
- **Asistencia del Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos en su estado.** El Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos ayuda a pagar los medicamentos con receta según las necesidades financieras, la edad o la condición médica de la persona. Para obtener más información, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud. (El nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 3 del Capítulo 2, de su **Evidencia de Cobertura**).
- **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 6: ¿Tiene preguntas?

SECCIÓN 6.1: Cómo Obtener Ayuda de Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-314-8188. (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 Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-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.EricksonAdvantage.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.EricksonAdvantage.com. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada de nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario).

SECCIÓN 6.2: 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). 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.)

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) 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.



Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP) Servicio al Cliente:

Llame al **1-866-314-8188**

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 30770
Salt Lake City, UT 84130-0770

Sitio web **www.EricksonAdvantage.com**