2021
CHRISTUS Health Plan
Generations Plus (HMO)



Notificación Anual de Cambio Texas

CHRISTUS Health Plan Generations cubre a los miembros de los siguientes condados:

CHRISTUS® Health Plan

Camp	Morris
Cherokee	Panola
Franklin	Smith
Gregg	Titus
Harrison	Upshur
Hopkins	Wood
Marion	



CHRISTUS HEALTH PLAN
Generations (HMO) y
Generations Plus (HMO)

MÉTODO	SERVICIOS PARA MIEMBROS – INFORMACIÓN DE CONTACTO
LLAMADA	844.282.3026 Las llamadas a este número son gratuitas. El departamento de Servicios a Miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para asistirle los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre. Hay un sistema de respuesta de voz disponible en horas inhábiles. Los mensajes que deje se responderán en un día hábil. Servicios a Miembros también tiene servicios de intérprete de idiomas gratuitos disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Relay Texas Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible para asistirle los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre.
FAX	469.282.3013
ESCRIBIR	Christus Health Plan Generations a la atención de: Servicios a Miembros P.O. Box 169001 Irving | TX 75016
SITIO WEB	ChristusHealthPlan.org

TEXAS HEALTH AND HUMAN SERVICES

The Texas Health and Human Services (El Servicio Médico y de Servicios Humanos de Texas) es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoría sobre seguros médicos locales gratuita a las personas con Medicare.

MÉTODO	INFORMACIÓN DE CONTACTO
LLAMADA	800.252.9240 Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Este número requiere de equipo telefónico especial y solo es para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR	Programa de información, asesoría y defensa médica (HICAP) Departamento de Seguros de Texas P.O. Box 149104 Austin | TX 787148
SITIO WEB	tdi.texas.gov/consumer/hicap/

CHRISTUS Health Plan Generations (HMO) Plus ofrecido por CHRISTUS Health

Notificación Anual de Cambios para 2021

En la actualidad usted está inscrito como miembro de CHRISTUS Health Plan Generations Plus. El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este manual le informa sobre los cambios.*

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios aplican a usted

☐ Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan a usted.

- Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
- ¿Los cambios afectan los servicios que usted usa?
- Busque en las secciones 1.1 y 1.5 la información sobre los cambios de beneficios y costos de nuestro plan.

☐ Revise los cambios en el manual de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan a usted.

- ¿Sus medicamentos estarán cubiertos?
- ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con diferentes costos compartidos?
- ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como que necesiten nuestra aprobación antes de surtir su receta?
- ¿Puede usted seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
- Revise la Lista de Medicamentos 2021 y busque en la Sección 1.6 la información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos de bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite go.medicare.gov/drugprices. Estos tableros resaltan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información sobre los precios de los medicamentos de un año a otro. Tenga en mente que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus propios medicamentos.

☐ Revise si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.

- ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que consulta regularmente, están en nuestra red?
- ¿Qué pasa con los hospitales u otros proveedores que usted usa?
- Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de Proveedores.

☐ Piense en los costos generales de su atención médica.

- ¿Cuánto pagará de gastos de bolsillo para los servicios y los medicamentos recetados que usa regularmente?
- ¿Cuánto gastará en su prima y sus deducibles?
- ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

☐ Piense si está contento con nuestro plan.

2. COMPARE: Aprenda sobre otras opciones de planes

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

- Use la función de búsqueda personalizada del Buscador de Planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare .
- Revise la lista en la parte posterior de su manual Medicare y usted.
- Consulte la sección 2.2 para saber más sobre sus opciones.

☐ Una vez que usted haya delimitado su elección a un plan preferido, confirme sus costos y su cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si usted desea cambiar su plan

- Si usted no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, se le inscribirá en CHRISTUS Health Plan Generations Plus.
- Con el fin de cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, usted puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Con el fin de cambiar de plan, únase a un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**

- Si usted no se une a otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, se le inscribirá en CHRISTUS Health Plan Generations Plus.
- Si usted se une a otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021.** Se le eliminará de la inscripción de su plan actual en forma automática.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español de manera gratuita.
- Por favor, contacte a nuestro número de Servicios a Miembros al 1-844-282-3026 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a.m. a

8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes.

- Este documento está disponible en otros formatos como Braille, impresión grande o audio.
- **La cobertura bajo este Plan califica como Qualifying Health Coverage (QHC) (Cobertura Médica Calificada)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección y Atención Asequible al Paciente (ACA). Por favor, visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de CHRISTUS Health Plan Generations

- CHRISTUS Health Plan Generations Plus es un HMO con un contrato de Medicare. La inscripción a CHRISTUS Health Plan Generations Plus depende de la renovación del contrato.
- Cuando este manual dice “nosotros”, “nos” o “nuestro” significa CHRISTUS Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan” significa CHRISTUS Health Plan Generations Plus.

Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 con los costos para CHRISTUS Health Plan Generations Plus en varias áreas importantes. **Por favor, tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios**. Se incluye una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web www.christushealthplan.org. Usted también puede revisar la *Evidencia de Cobertura* adjunta para ver si otros cambios de beneficios o costos le afectan a usted. Usted también puede llamar a Servicios a Miembros para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima del plan mensual* * Su prima puede ser mayor o menor a esta cantidad. Vea la Sección 1.1 para obtener detalles.	$20	$20
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Esto es lo máximo que usted pagará de gastos de bolsillo para sus servicios cubiertos. (Vea la Sección 1.2 para obtener detalles).	$4,400	$4,400
Consultas con el médico	Consultas de atención primaria: $0 por consulta Consultas con especialistas: $25 por consulta	Consultas de atención primaria: $0 por consulta Consultas con especialistas: $25 por consulta

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Estancias de pacientes hospitalizados Incluye hospitales de cuidados intensivos para pacientes hospitalizados, rehabilitación de pacientes hospitalizados, atención de largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en que a usted se le interna de manera formal en el hospital con una orden del médico. El día antes de que a usted se le dé de alta es su último día como paciente hospitalizado.	Días 1 a 5: $225 por día Días 6 a 90: $0	Días 1 a 5: $225 por día Días 6 a 90: $0
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Vea la Sección 1.6 para obtener detalles).	Deducible: $150 para los niveles 4 y 5 Copago/Coaseguro durante la etapa de Cobertura Inicial: • Medicamento de nivel 1: Copago de $4 • Medicamento de nivel 2: Copago de $10 • Medicamento de nivel 3: Copago de $35 • Medicamento de nivel 4: Copago de $90 • Medicamento de nivel 5: 29% de coaseguro	Deducible: $150 para los niveles 4 y 5 Copago/Coaseguro durante la etapa de Cobertura Inicial: • Medicamento de nivel 1: Copago de $4 • Medicamento de nivel 2: Copago de $10 • Medicamento de nivel 3: Copago de $35 • Medicamento de nivel 4: 50% de coaseguro • Medicamento de nivel 5: 29% de coaseguro

Notificación *Anual de Cambios* para 2021
Tabla de Contenido

Resumen de costos importantes para 2021 1

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 4

Sección 1.1 - Cambios en la prima mensual 4

Sección 1.2 - Cambios en la cantidad de sus gastos de bolsillo máxima 4

Sección 1.3 - Cambios en la red de proveedores 5

Sección 1.4 - Cambios en la red de farmacias 5

Sección 1.5 - Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos 6

Sección 1.6 - Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D 6

SECCIÓN 2 Decisión sobre qué plan elegir 10

Sección 2.1 - Si usted desea permanecer en CHRISTUS Health Plan Generations Plus 10

Sección 2.2 - Si usted desea cambiar de plan 11

SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan 11

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoría sobre Medicare gratuita 12

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados 12

SECCIÓN 6 ¿Preguntas? 13

Sección 6.1 - Obtención de ayuda de CHRISTUS Health Plan Generations Plus 13

Sección 6.2 - Obtención de ayuda de Medicare 14

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

Sección 1.1 - Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual (Usted también debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	$20	$20

- La prima mensual de su plan será *mayor* si se le requiere que pague una penalización por inscripción tardía a la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también se le llama "cobertura acreditable") durante 63 días o más.
- Si usted tiene un ingreso más alto, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno para su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si usted recibe "Extra Help" (Ayuda Extra) con los costos de sus medicamentos recetados. Por favor, vea la Sección 7 sobre "Extra Help" de Medicare.

Sección 1.2 - Cambios en la cantidad de sus gastos de bolsillo máxima

Con el fin de protegerle, Medicare requiere que todos los planes médicos limiten la cantidad que usted paga "de bolsillo" durante el año. A este límite se le llama "Cantidad máxima de gastos de bolsillo". Una vez que usted alcanza esta cantidad, por lo general no paga nada para los servicios cubiertos durante el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Sus costos para servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan parala cantidad máxima de gastos de bolsillo La prima de su plan y sus costos de medicamentos recetados no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo.	$4,400	$4,400 Una vez que usted haya pagado $4,400 de gastos de bolsillo para servicios cubiertos, no pagará nada para sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 - Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Hay un Directorio de Proveedores actualizado en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. Usted también puede llamar a Servicios a Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores. **Por favor, revise el Directorio de Proveedores 2021 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red** .

Es importante que usted sepa que podemos hacer cambios de los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Hay una serie de razones por las que su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, nosotros debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso al menos con 30 días de anticipación de que su proveedor va a dejar nuestro plan para que usted tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le asistiremos con la selección de un nuevo proveedor calificado para que continúe manejando sus necesidades de atención médica.
- Si usted está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y nosotros trabajaremos con usted para asegurar, que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si usted cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está manejando en forma adecua, usted tiene el derecho de presentar una apelación contra nuestra decisión.
- Si usted se entera de que su médico o especialista va a dejar su plan, por favor contáctenos para que le asistamos para encontrar un nuevo proveedor que se encargue de su atención.

Sección 1.4 - Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que usted paga para sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que usted use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas se cubren *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un Directorio de Farmacias actualizado en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. Usted también puede llamar a Servicios a Miembros para obtener información sobre proveedores actualizada o para solicitarnos que le enviemos por correo un Directorio de Farmacias. **Por favor, revise el Directorio de Farmacias 2021 para ver qué farmacias están en nuestra red**.

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

Vamos a cambiar nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener detalles acerca de la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de Cobertura 2021*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Acupuntura para dolor lumbar crónico	La acupuntura para dolor lumbar crónico no está cubierta.	Usted cubre un copago de $25 por consulta de acupuntura para dolor lumbar crónico que cubre Medicare.
Comidas entregadas a domicilio	Las comidas entregadas a domicilio no están cubiertas.	Usted cubre un copago de $0 hasta por 14 comidas entregadas a domicilio durante un máximo de 7 días después de que se le haya dado de alta del hospital o de una estancia en instalaciones de enfermería especializada.
Suministros médicos	Usted cubre un copago de $0 para suministros médicos que cubre Medicare.	Usted paga 15% del costo total de suministros médicos que cubre Medicare.
Diálisis renal	Usted cubre un copago de $0 por sesión.	Usted paga 20% del costo total de cada sesión.
Telemedicina	La telemedicina no está cubierta.	Usted cubre un copago de $0 por consultas de telemedicina con su PCP.

Sección 1.6 - Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o "Lista de Medicamentos". Hay una copia de nuestra Lista de Medicamentos en este sobre. La Lista de Medicamentos incluida en este sobre contiene muchos, pero no todos, los medicamentos que cubriremos el próximo año. Si usted no ve su medicamento en esta lista, puede que todavía esté cubierto. **Usted puede obtener la Lista de**

Medicamentos *completa* al llamar a Servicios a Miembros (vea la contraportada) o al visitar nuestro sitio web (www.christushealthplan.org).

Hicimos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

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

- **Trabajar con su médico (u otra persona que le recete) y pedirle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Exhortamos a los miembros actuales** a solicitar una excepción antes del próximo año.
    - Con el fin de saber qué debe hacer usted para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a Servicios a Miembros.
- **Trabajar con su médico (u otra persona que le recete) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. Usted puede llamar a Servicios a Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica.

En algunas situaciones, se nos requiere cubrir un suministro temporal de un medicamento no incluido en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o en los primeros 90 días de la membresía para evitar un periodo sin terapia. (Con el fin de saber más sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura.*) Durante el tiempo en que usted esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se le termine el suministro temporal. Usted puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y que cubra su medicamento actual.

Si usted tiene una aprobación de excepción al formulario actual, por favor consulte su carta de aprobación para verificar la fecha de vencimiento de su excepción al formulario. Si su excepción al formulario vence en 2020, usted necesitará presentar una nueva solicitud de excepción al formulario para su revisión.
La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el inicio de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios que están permitidos bajo las reglas de Medicare.

Cuando hagamos estos cambios en la Lista de Medicamentos durante el año, usted todavía puede trabajar con su médico (u otra persona que le recete) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de Medicamentos en línea conforme a lo programado y proporcionaremos otra información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Con el fin de saber más sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de Medicamentos, vea el Capítulo 5, Sección 6 de la Evidencia de Cobertura).

Cambios en costos de medicamentos recetados

Nota: Si usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Extra Help”), **es posible que la información sobre costos de medicamentos recetados de la Parte D no aplique a usted.** Hemos

incluido un adjunto, llamado “Cláusula de Evidencia de Cobertura para personas que reciben Extra Help para pagar medicamentos recetados” (también llamado “Cláusula de subsidio por ingresos bajos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Extra Help” y no ha recibido este adjunto con este paquete,por favor llame a Servicio a Miembros y solicite la “Cláusula LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. La cantidad que usted pague para un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que usted esté. (Usted puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información muestra los cambios para el próximo año en las primeras dos etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de Periodo sin Cobertura o la Etapa de Cobertura de Catástrofes. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de Cobertura*, que se ubica en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. Usted también puede revisar la *Evidencia de Cobertura* adjunta para ver si otros cambios de beneficios o costos le afectan a usted. Usted También puede llamar a Servicios a Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de Deducible Anual Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos de nivel 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.	El deducible es de $150. Durante esta etapa, usted paga $4, $10 y $35 de participación en el costo de los medicamentos en los niveles 1, 2 y 3 y el costo total de los medicamentos en los niveles 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.	El deducible es de $150. Durante esta etapa, usted paga$4, $10 y $35 de participación en el costo de los medicamentos en losniveles 1, 2 y 3 y el costo total de los medicamentos en losniveles 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.

Cambios en su participación en el costo en la Etapa de Cobertura Inicial

Por favor, vea la siguiente tabla para conocer los cambios de 2020 a 2021.

Con el fin de saber cómo funcionan los copagos y los coaseguros, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos de bolsillo que usted puede pagar para medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de Cobertura* .

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial Una vez que usted pague el deducible anual, pasará a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga su participación en el costo de sus medicamentos y **usted paga su participación en el costo.**	Su costo para un suministro de un mes que se surte en una farmacia de la red con participación en el costo estándar: Nivel 1 (genérico preferido): Usted paga $4 por receta. Nivel 2 (genérico): Usted paga $10 por receta. Nivel 3 (marca preferida): Usted paga $35 por receta. Nivel 4 (marca no preferida): Usted paga $90 por receta. Nivel 5 (especialidad): Usted paga 29% del costo total. Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado $4,020, usted pasará a la siguiente etapa (la etapa de Periodo sin Cobertura).	Su costo para un suministro de un mes que se surte en una farmacia de la red con participación en el costo estándar: Nivel 1 (genérico preferido): Usted paga $4 por receta. Nivel 2 (genérico): Usted paga $10 por receta. Nivel 3 (marca preferida): Usted paga $35 por receta. Nivel 4 (marca no preferida): Usted paga 50% del costo total. Nivel 5 (especialidad): Usted paga 29% del costo total. Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado $4,130, usted pasará a la siguiente etapa (la etapa de Periodo sin Cobertura).

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial (continuación) Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (31 días) cuando usted surte la receta en una farmacia de la red que ofrezca una participación en el costo estándar. Con el fin de obtener información sobre los costos de un suministro de largo plazo o de recetas pedidas por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su *Evidencia de Cobertura*. **Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Con el fin de ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.**		

Cambios en el periodo sin cobertura y en las etapas de cobertura de catástrofes

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de Periodo sin Cobertura y la Etapa de Cobertura de Catástrofes, son para personas con costos de medicamentos elevados. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa de Periodo sin Cobertura ni la Etapa de Cobertura de Catástrofes**. Con el fin de obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Decisión sobre qué plan elegir

Sección 2.1 - Si usted desea permanecer en CHRISTUS Health Plan Generations Plus

Con el fin de permanecer en nuestro plan, usted no necesita hacer nada. Si usted no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se le inscribirá en forma automática en nuestro CHRISTUS Health Plan Generations Plus.

Sección 2.2 - Si usted desea cambiar de plan

Esperamos mantenerle como miembro el próximo año, pero si usted desea cambiar para 2021 siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Usted puede unirse a un plan médico de Medicare diferente en el momento oportuno,
- *O BIEN*, usted puede cambiarse a Original Medicare. Si usted se cambia a Original Medicare, necesitará decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare. Si usted no se inscribe a un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una posible penalización por inscripción tardía de la Parte D.

Con el fin de saber más sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2021*, llame a su Programa de Asistencia de Seguro Médico Estatal (vea la Sección 4) o llame a Medicare (vea la Sección 6.2).

Usted también puede encontrar información sobre los planes en su área al usar el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Entre a www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para planes de Medicare.**

Como recordatorio, CHRISTUS Health Plan ofrece otros planes médicos de Medicare; estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y cantidades de participación en el costo.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Con el fin de **cambiar a un plan médico de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Se le eliminará de la inscripción de CHRISTUS Health Plan Generations Plus en forma automática.
- Con el fin de **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbase en el nuevo plan de medicamentos. Se le eliminará de la inscripción de CHRISTUS Health Plan Generations Plus en forma automática.
- Con el fin de **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
    - Enviarnos una solicitud por escrito para que se le elimine de la inscripción. Contactar a Servicios a Miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están en la Sección 6.1 de este manual).
    - *o bien* Contactar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que le eliminen de la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan

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

¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, las personas que reciben "Extra Help" para pagar sus medicamentos, las personas que tienen o que van a dejar la cobertura de su empleador y las personas que se mudan fuera del área de servicio pueden tener permitido hacer un cambio en otras épocas del año. Con el fin de obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cobertura.*

Si usted se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 y no le gusta su opción de plan, puede cambiar a otro plan médico de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Con el fin de obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoría sobre Medicare gratuita

El Programa de Asistencia de Seguro Médico Estatal (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En Texas, el SHIP se llama New Mexico Aging and Long-Term Services

Texas Health and Human Services es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan médico). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoría sobre seguros médicos locales **gratuita** a personas con Medicare. Los consejeros de Texas Health and Human Services pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder las preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar a Texas Health and Human Services al 1-800-252-9240.

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Usted puede calificar para la ayuda de pago de medicamentos recetados. A continuación enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **"Extra Help" de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para "Extra Help" para el pago de sus costos de medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo primas de medicamentos recetados mensuales, deducibles anuales y coaseguro. Además, aquellas personas que califiquen no tendrán un periodo sin cobertura ni una penalización por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Con el fin de ver si usted califica, llame al:
    - 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;
    - A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 de las 7 a.m. a las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
    - Su Oficina de Medicaid Estatal (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene un programa llamado Kidney Health Care Program (KHC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos

recetados según su necesidad económica, edad o condición médica. Con el fin de obtener más información sobre el programa, consulte a su Programa de Asistencia de Seguro Médico Estatal (el nombre y los números de teléfono de esta organización están en la Sección 4de este manual).

- **Asistencia de participación en el costo de recetas para personas con VIH/SIDA.** AIDS Drug Assistance Program (ADAP) (El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de residencia en el Estado y su estatus de VIH, ingresos bajos según lo que define el Estado y estatus de no asegurado o infrasegurado. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también cubre ADAP califican para asistencia de participación en los costos de recetas a través de Texas HIV Medication Program. Con el fin de obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse al programa, llame al 1-800-255-1090 ext. 3004 de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora local o visite el sitio web (https://q1medicare.com/PartD-SPAPTexasKidneyHealthCareProgKHC.php).

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 - Obtención de ayuda de CHRISTUS Health Plan Generations Plus

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar. Por favor, llame a Servicios a Miembros al 1-844-282-3026. (Solo TTY, llame al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura* 2021 (tiene detalles sobre los beneficios y los costos del próximo año)

Esta *Notificación Anual de Cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Con el fin de obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* 2021 para CHRISTUS Health Plan Generations Plus. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que usted necesita seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Hay una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web www.christushealthplan.org. Usted también puede revisar la *Evidencia de Cobertura* adjunta para ver si otros cambios de beneficios o costos le afectan a usted. Usted también puede llamar a Servicios a Miembros para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

Usted también puede visitar nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

Sección 6.2 - Obtención de ayuda de Medicare

Con el fin de obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Usted puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre costo, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes médicos de Medicare. Usted puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área al usar el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Con el fin de ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2021*

Usted puede leer el Manual *Medicare y Usted 2021* . Cada año en el otoño, este manual se envía por correo a las personas de Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este manual, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o al llamar 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.

844.282.3026, TTY 711

Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana,
de 8 a.m. a 8 p.m., hora local

Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a vie., 8 a.m.
a 8 p.m., hora local

ChristusHealthplan.org