

2022



Generations (HMO)
**AVISO ANUAL
DE CAMBIOS**

**CHRISTUS Health Plan
Generations cubre a los
miembros en los siguientes
condados:**

Bowie	Marion
Camp	Morris
Cass	Panola
Franklin	Red River
Cherokee	Smith
Gregg	Titus
Harrison	Upshur
Hopkins	Wood



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



MÉTODO

LLAME AL

SERVICIOS PARA LOS MIEMBROS - INFORMACIÓN DE CONTACTO

844.282.3026 - Las llamadas a este número son gratuitas.

El Departamento de servicios para los miembros de CHRISTUS Health Plan está disponible para ayudarlo, siete días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre.

Fuera del horario laboral, un sistema de respuesta de voz le permitirá dejar mensajes. Los mensajes que haya dejado se responderán en el plazo de un día laboral.

Los Servicios para los miembros también ofrecen servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY

711 Relay Texas

Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible para ayudarlo, siete días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre.

FAX

469.282.3013

ESCRIBA A

CHRISTUS Health Plan Generations, a la atención: Member Services
P.O. Box 169001
Irving | TX 75016

SITIO WEB

ChristusHealthPlan.org

TEXAS HEALTH AND HUMAN SERVICES

El Texas Health and Human Services es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar orientación gratuita sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

MÉTODO

LLAME AL

INFORMACIÓN DE CONTACTO

800.252.9240 - Las llamadas a este número son gratuitas.

TTY

711

Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.

ESCRIBA A

Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP)
Texas Department of Insurance (TDI)
P.O. Box 149104
Austin | TX 787148

SITIO WEB

tdi.texas.gov/consumer/hicap/

844.282.3026, TTY 711

Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local

Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local

ChristusHealthPlan.org

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

Aviso anual de cambios para 2022

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

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

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- ☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- ☐ Verifique los cambios en el folleto correspondientes a nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si se aplican a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Los medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido distinto?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos para 2022 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado con respecto al año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos anuales de su bolsillo durante todo el año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices), y haga clic en el enlace “cuadros” en el centro de la segunda Nota hacia la parte inferior de la página. Estos cuadros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos por año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

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

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

- ☐ Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)*.
 - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- ☐ Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, permanecerá inscrito en CHRISTUS Health Plan Generations.
- Si desea cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar los planes, inscríbase en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, permanecerá inscrito en CHRISTUS Health Plan Generations.

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

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al **1-844-282-3026**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.) Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo: De lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local; y del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.
- Este documento está disponible en otros formatos como braille, tamaño de letra grande o audio.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de CHRISTUS Health Plan Generations

- CHRISTUS Health Plan Generations es una HMO con contrato de Medicare. La inscripción en CHRISTUS Health Plan Generations depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este folleto dice “nosotros”, “nos”, o “nuestro/a”, hace referencia a CHRISTUS Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a CHRISTUS Health Plan Generations Plus.

H1189_MM921_M

Resumen de costos para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 y 2022 para CHRISTUS Health Plan Generations en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** En nuestro sitio web www.christushealthplan.org encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* adjunta anexa para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$0	\$0
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	\$4,400	\$4,400
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: \$0 por visita Consultas a especialistas: \$25 por visita	Consultas de atención primaria: \$0 por visita Consultas a especialistas: \$25 por visita

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.	Días 1 al 5: \$320 por día Días 6 al 90: \$0	Días 1 al 5: \$320 por día Días 6 al 90: \$0
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más información).	Deducible: \$150 para los Niveles 4 y 5 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de Nivel 1: Copago de \$4 • Medicamentos de Nivel 2: Copago de \$10 • Medicamentos de Nivel 3: Copago de \$35 • Medicamentos de Nivel 4: 30% de coseguro • Medicamentos de Nivel 5: 29% de coseguro	Deducible: \$150 para los Niveles 4 y 5 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamentos de Nivel 1: Copago de \$4 • Medicamentos de Nivel 2: Copago de \$10 • Medicamentos de Nivel 3: Copago de \$35 • Medicamentos de Nivel 4: 30% de coseguro • Medicamentos de Nivel 5: 29% de coseguro

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

Aviso anual de cambios para 2022.....	1
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	4
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	4
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	5
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	5
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	6
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	9
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir.....	14
Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en CHRISTUS Health Plan Generations.....	14
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	14
SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan.....	15
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	15
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	16
SECCIÓN 6 Preguntas	17
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de parte de CHRISTUS Health Plan Generations	17
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	17

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 acerca de “Ayuda adicional” de Medicare.

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

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

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$4,400	\$4,400 Una vez que haya pagado \$4,400 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.christushealthplan.org se encuentra un *Directorio de proveedores* actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores*. **Revise el Directorio de proveedores de 2022 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará nuestro plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

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

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.christushealthplan.org se encuentra un *Directorio de farmacias* actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de farmacias*. **Revise el Directorio de farmacias de 2022 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

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

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2022*.

Servicios del programa de tratamiento para opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) enumerados en nuestro formulario de Medicare Advantage aplicable.
- Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde).
- Asesoramiento sobre consumo de sustancias.
- Terapia individual y grupal.
- Pruebas toxicológicas.
- Actividades de admisión.
- Evaluaciones periódicas.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal	Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.	Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo.
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda	Se requiere autorización para las visitas de acupuntura cubiertas por Medicare.	<u>No</u> se requiere autorización para las visitas de acupuntura cubiertas por Medicare.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios de ambulancia	Se requiere autorización para servicios cubiertos por Medicare de ambulancia terrestre y aérea para casos que no son de emergencia.	<u>No</u> se requiere autorización para servicios cubiertos por Medicare de ambulancia terrestre y aérea para casos que no son de emergencia.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos	Se requiere autorización para los zapatos y plantillas para diabéticos cubiertos por Medicare.	Puede requerir autorización para los zapatos y plantillas para diabéticos cubiertos por Medicare.
Entrega de comidas a domicilio.	Copago de \$0 por hasta 14 comidas entregadas a domicilio hasta por 7 días después del alta de una hospitalización o estadía en un centro de atención de enfermería especializada.	Copago de \$0 por hasta 14 comidas entregadas a domicilio hasta por 7 días después de una cirugía u hospitalización; por enfermedades crónicas; por afecciones médicas o afecciones médicas potenciales que requieren que la persona inscrita permanezca en casa durante cierto tiempo.
Atención médica a domicilio	Requiere autorización para los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.	Puede requerir autorización para los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.
Atención en un hospicio	Se requiere autorización para los servicios de hospicio cubiertos por Medicare.	<u>No</u> se requiere autorización para los servicios de hospicio cubiertos por Medicare.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Atención hospitalaria para pacientes internados	Requiere autorización para los servicios de atención hospitalaria para pacientes internados cubiertos por Medicare.	Puede requerir autorización para los servicios de atención hospitalaria para pacientes internados cubiertos por Medicare.
Atención de salud mental para pacientes internados	Requiere autorización para los servicios de salud mental para pacientes internados cubiertos por Medicare.	Puede requerir autorización para los servicios de salud mental para pacientes internados cubiertos por Medicare.
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta	Requiere autorización para los servicios para pacientes internados en un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare.	Puede requerir autorización para los servicios para pacientes internados en un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare.
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos	Requiere autorización para los servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos.	Se puede requerir autorización para los servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos.
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios	Requiere autorización para los servicios de cirugía para pacientes externos cubiertos por Medicare.	Puede requerir autorización para los servicios de cirugía para pacientes externos cubiertos por Medicare.
Servicios de hospitalización parcial	Requiere autorización para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.	Se puede requerir autorización para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios para tratar enfermedades renales	Requiere autorización para los servicios para enfermedades renales cubiertos por Medicare.	No se requiere autorización para los servicios para enfermedades renales cubiertos por Medicare.
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)	Requiere autorización para los servicios en un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare.	Puede requerir autorización para los servicios en un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare.
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)	Requiere autorización para el tratamiento con ejercicios supervisados cubiertos por Medicare.	Puede requerir autorización para el tratamiento con ejercicios supervisados cubiertos por Medicare.
Transporte	Requiere autorización para los servicios de transporte.	Puede requerir autorización para los servicios de transporte.

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos en este sobre. La Lista de medicamentos incluida en este sobre contiene muchos (pero no la totalidad) de los medicamentos que cubriremos el año próximo. Si no encuentra su medicamento en esta lista, es posible que aún se encuentre cubierto. **Puede obtener la Lista de medicamentos completa** si llama a Servicios para los miembros (consulte la contraportada) o visite nuestro sitio web www.christushealthplan.org.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a usted, puede hacer lo siguiente:

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** solicitar una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicios para los miembros.
- **Consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

Si actualmente tiene una excepción al formulario aprobada, consulte su carta de aprobación para verificar la fecha de vencimiento de su excepción al formulario. Si su excepción al formulario vence en el 2021, usted necesitará presentar una nueva solicitud de excepción al formulario para revisión.

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo planeado y proporcionaremos otra información obligatoria para reflejar los cambios de los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Hemos incluido un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar

los medicamentos con receta), también denominado “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Debido a que usted recibe “Ayuda adicional” y no recibió este inserto con este paquete, llame a Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”.

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

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web, disponible en www.christushealthplan.org. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* adjunta anexa para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.)

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 4 y del Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.	El deducible es \$150. Durante esta etapa, usted paga el costo compartido de \$4, \$10 y \$35 por los medicamentos en el Nivel 1, el Nivel 2 y el Nivel 3 y el costo total de los medicamentos en el Nivel 4 y el Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.	El deducible es \$150. Durante esta etapa, usted paga el costo compartido de \$4, \$10 y \$35 por los medicamentos en el Nivel 1, el Nivel 2 y el Nivel 3 y el costo total de los medicamentos en el Nivel 4 y el Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Consulte la siguiente tabla para ver los cambios que se introdujeron para 2022 en relación con 2021.

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

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.	Sus costos por un suministro para un mes de obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar: Nivel 1 (Genérico preferido): Usted paga \$4 por medicamento con receta. Nivel 2 (Genérico): Usted paga \$10 por medicamento con receta. Nivel 3 (Marca preferida): Usted paga \$35 por medicamento con receta. Nivel 4 (Marca no preferida): Usted paga 30% por medicamento con receta. Nivel 5 (Especialidad): Usted paga el 29% del costo total.	Sus costos por un suministro para un mes de obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar: Nivel 1 (Genérico preferido): Usted paga \$4 por medicamento con receta. Nivel 2 (Genérico): Usted paga \$10 por medicamento con receta. Nivel 3 (Marca preferida): Usted paga \$35 por medicamento con receta. Nivel 4 (Marca no preferida): Usted paga 30% por medicamento con receta. Nivel 5 (Especialidad): Usted paga el 29% del costo total.

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación) Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (31 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>. Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$ 4,130, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,430, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).

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

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura ni a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en CHRISTUS Health Plan Generations

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en CHRISTUS Health Plan Generations.

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2022, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse oportunamente en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una potencial multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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

Le recordamos que, CHRISTUS Health Plan ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en CHRISTUS Health Plan Generations.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbase en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en CHRISTUS Health Plan Generations.

- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (en la Sección 6.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
 - O puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2022.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Texas Health and Human Services.

Texas Health and Human Services es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Texas Health and Human Services pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. También puede llamar al Texas Health and Human Services al **1-800-252-9240**.

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
 - **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 Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213**, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778** (solicitudes).
 - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** En Texas, el Programa estatal de asistencia farmacéutica se llama Kidney Health Care Program (KHC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 4 de este folleto).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta del Texas HIV Medication Program. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090, ext 3004, de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 5:00 p. m., hora local o visite el sitio web (<https://q1medicare.com/PartD-SPAPTexasKidneyHealthCareProgKHC.php>).

SECCIÓN 6 Preguntas

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de parte de CHRISTUS Health Plan Generations

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al **1-844-282-3026**. (Solo los servicios de TTY deben llamar al **711**). Estamos disponibles para recibir 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, y del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2022 (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2022 para CHRISTUS Health Plan Generations. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. En nuestro sitio web www.christushealthplan.org encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* adjunta anexa para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (*Formulario/Lista de medicamentos*).

Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

Puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 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.medicare.gov). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para conocer más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)

Usted puede leer el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando 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

1 oct. – 31 mzo. | 7 días de la semana | 8:00 a. m. – 8:00 p. m., hora local

1 abr. – 30 sept. | 8:00 a. m. – 8:00 p. m., hora local

CHRISTUShealthplan.org