

2022

Aviso anual de cambios

CareOregon Advantage **Plus** (HMO-POS SNP)

Para los siguientes condados de Oregon: Clackamas, Columbia, Jackson, Multnomah, Tillamook, y Washington

H5859_CO2022_1140_M



English: ATTENTION: Free translation services are available if you need them. Call 888-712-3258, TTY 711.

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 888-712-3258, TTY 711 (para personas con problemas de audición o del habla)

Vietnamese: XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, hiện có các dịch vụ dịch thuật miễn phí dành cho quý vị. Gọi 888-712-3258, TTY 711 (dành cho người khiếm thính hoặc khuyết tật về phát âm).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得翻譯服務。請致電 888-712-3258、TTY 711（供聽障或語障人士使用）。

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните по тел. 888-712-3258, телетайп 711 (для лиц с нарушениями слуха или речи).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 888-712-3258, TTY 711(청력 또는 언어구사 장애인용)번으로 전화해 주십시오.

Ukrainian: УВАГА: Якщо ви розмовляєте українською, ви можете скористатися безкоштовними послугами перекладача. Телефонуйте за номером 888-712-3258, телетайп 711 (для людей з проблемами зі слухом і мовленням).

Japanese: 注意事項：日本語を話される方は無料通訳サービスをご利用いただけます。888-712-3258、TTY 711（聴覚または発話に障害のある方）まで、お電話にてご連絡ください。

Arabic: للانتباه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، تتوافر لك خدمات للترجمة المجانية. اتصل بالرقم 888-712-3258، أو TTY 711 (للأشخاص الذين يصعب عليهم السمع أو التكلم).

Romanian: ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de traducere, gratuit. Sunați la 888-712-3258, TTY 711 (pentru persoanele cu deficiențe de auz sau vorbire).

Cambodian: សូមចាំថា: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាបកប្រែភាសាខ្មែរដោយឥតគិតថ្លៃមានផ្តល់ជូនអ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 888-712-3258, TTY លេខ 711 (សម្រាប់មនុស្សដែលពិបាកស្តាប់ ឬពិបាកនិយាយ) ។

Oromo: XIYYEEFFANNOO: Afaan Oromoo dubbatta yoo ta'e, siif tajaajilliwwan hiikkaa-afaanii kan tolaa ni jiru. Bilbili 888-712-3258, TTY 711 (namoota rakkoo dhageettii yookiin dubbachuu qabaniif).

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Übersetzungsdienste zur Verfügung. Rufen Sie an unter 888-712-3258, TTY 711 (für Personen mit Gehör- oder Sprechschwierigkeiten).

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی تکلم می‌کنید، خدمات ترجمه رایگان در اختیار شما قرار می‌گیرد. با 888-712-3258 ، پیام‌نگار 711 (برای افراد با دشواری در شنوایی یا تکلم) تماس بگیرید.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique, vous sont proposés gratuitement. Appelez le 888-712-3258, TTY 711 (pour des personnes ayant des difficultés d'élocution ou d'audition.)

Thai: โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 888-712-3258, TTY 711 (สำหรับผู้ที่มีความบกพร่องด้านการได้ยิน หรือการพูด)

CareOregon Advantage Plus (HMO-POS SNP) que ofrece el Plan de Salud de CareOregon, Inc.

Aviso anual de cambios para 2022

Usted está actualmente inscrito como miembro de CareOregon Advantage Plus. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y los beneficios del plan. En esta guía, se indican los cambios.

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican en su caso?

- ☐ Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que satisfará sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los 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 los costos de nuestro plan.
- ☐ Consulte en esta guía los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados para saber si lo afectan.
 - ¿Se cubrirán sus medicamentos?
 - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con costos compartidos diferentes?
 - ¿Tienen algunos de sus medicamentos nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación para surtir su receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de utilizar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos de 2022 y consulte la Sección 1.6 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 menor costo que puedan estar a su disposición; eso puede ahorrarle gastos de bolsillo anuales a lo largo del 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 “tableros de control” en el centro de la segunda Nota, hacia la parte inferior de la página. Estos tableros de control destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y, además, muestran otra información 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 sus propios costos de medicamentos.

- ☐ Compruebe si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están en nuestra red sus médicos, incluidos los especialistas que consulta habitualmente?
 - ¿Qué sucede con los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores*.
- ☐ Piense en sus costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos recetados que toma habitualmente?
 - ¿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 satisfecho con nuestro plan.

2.COMPARE: Conozca otras opciones de planes

- ☐ Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Utilice la función de búsqueda personalizada en el Buscador de Planes de Medicare en **www.medicare.gov/plan-compare** website.
 - Revise la lista que se encuentra al reverso de su manual Medicare y usted 2022.
 - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- ☐ Una vez que acote su elección a un plan preferido, confirme sus costos y su cobertura en el sitio web del plan.

3.ELIJA: Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, quedará inscrito en CareOregon Advantage Plus.
- Si quiere cambiar a un plan diferente que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Consulte la Sección 2.2, en la página 16, para obtener más información sobre sus opciones.

4.INSCRIBIRSE: Para cambiar de plan, 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, quedará inscrito en CareOregon Advantage Plus.

- Si se inscribe en otro plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2021, su nueva cobertura comenzará el 1.º de enero de 2022. La inscripción en su plan actual se anulará automáticamente.

Recursos adicionales

- Comuníquese con nuestro Departamento de Atención al Cliente al 503-416-4279 o a la línea gratuita 888-712-3258 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
- Esta información está disponible en un formato diferente, incluyendo braille y letra grande. Llame al Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la Sección 6.1 de esta guía) si necesita la información sobre el plan en otro formato.
- La cobertura en virtud de este Plan califica como Cobertura médica calificada (QHC, por sus siglas en inglés) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en **www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families** para obtener más información.

Acerca de CareOregon Advantage Plus

- CareOregon Advantage Plus es unHMO-POS SNP con un contrato de Medicare/Medicaid. La inscripción en CareOregon Advantage Plus depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa Oregon Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “nuestra(s)” o “nuestro(s)” en esta guía, hacen referencia a Health Plan of CareOregon Inc. Las expresiones “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a CareOregon Advantage Plus.

Resumen de costos importantes para 2022

Resumen de costos importantes para 2022

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2021 y los costos de 2022 para CareOregon Advantage Plus en varias áreas importantes. Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los cambios. Encontrará una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web, careoregonadvantage.org/materials. También puede llamar al Departamento de Atención al Cliente para solicitarnos que le enviemos por correo postal una Evidencia de cobertura. Si usted es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare en virtud de Medicaid, paga \$0 por su deducible, las visitas al consultorio médico y las hospitalizaciones.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta o más baja que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$36.00	\$40.50
Deducible	\$203	\$233
Visitas al consultorio médico	Dentro y fuera de la red: Visitas de atención primaria: 20 % por visita Visitas a especialistas: 20 % por visita	Dentro y fuera de la red: Visitas de atención primaria: 20 % por visita Visitas a especialistas: 20 % por visita
Hospitalizaciones Incluye cuidados agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que lo ingresan formalmente al hospital por prescripción médica. El día anterior al alta es su último día como paciente hospitalizado.	<ul style="list-style-type: none">• Deducible e \$1,484 por cada período del beneficio• Días 1 a 60: coseguro de \$0 por cada período del beneficio• Días 61 a 90: coseguro de \$371 por día de cada período del beneficio• Días 91 a 150: coseguro de \$742 por cada “día de reserva vitalicia” después del día 90 por cada período del beneficio (hasta 60 días durante su vida)	<ul style="list-style-type: none">• Deducible de \$1,556 por cada período del beneficio• Días 1 a 60: coseguro de \$0 por cada período del beneficio• Días 61 a 90: coseguro de \$389 por día de cada período del beneficio• Días 91 a 150: coseguro de \$778 por cada “día de reserva vitalicia” después del día 90 por cada período del beneficio (hasta 60 días durante su vida)

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$445 Copagos durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos genéricos o medicamentos de patente tratados como genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0/\$1.30/\$3.70 por receta. <p>Todos los demás medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0/\$4.00/\$9.20 por receta. 	<p>Deducible: \$480 Copagos durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos genéricos o medicamentos de patente tratados como genéricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0/\$1.35/\$3.95 por receta. <p>Todos los demás medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0/\$4.00/\$9.85 por receta.
<p>Monto máximo de bolsillo Esto es lo máximo que pagará de bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	<p>\$3,450 Si usted es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que cuente para el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$3,400 Si usted es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que cuente para el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

Resumen de costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año.....	7
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual.....	7
Sección 1.2: Cambios en su monto máximo de bolsillo	7
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores	8
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias	8
Sección 1.5: Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos	9
Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.....	12
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir.....	16
Sección 2.1: Si desea permanecer en CareOregon Advantage Plus	16
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan	16
SECCIÓN 3 Cambiar de plan.....	17
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	18
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....	19
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?	20
Sección 6.1: Obtener ayuda de CareOregon Advantage Plus	20
Sección 6.2: Obtener ayuda de Medicare.....	20
Sección 6.3: Obtener ayuda de Medicaid	21

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$36.00	\$40.50

Sección 1.2: Cambios en su monto máximo de bolsillo

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

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Monto máximo de bolsillo Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez ese máximo de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que cuente para el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) cuentan para su monto máximo de bolsillo. Su prima del plan y sus costos de medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de bolsillo.	\$3,450	\$3,400 Una vez que haya pagado \$3,400 de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B 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. Encontrará un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web, [**careoregonadvantage.org/providersearch**](https://careoregonadvantage.org/providersearch). También puede llamar al Departamento de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o solicitarnos que le enviemos por correo postal un *Directorio de proveedores*. **Revise el Directorio de proveedores 2022 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen diversos motivos por los que su proveedor podría abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para avisarle con, al menos, 30 días de anticipación que su proveedor abandona nuestro plan, para que usted tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para seguir administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está en tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros colaboraremos con usted para garantizar eso.
- Si considera que no le hemos asignado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no está siendo debidamente administrada, tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si averigua que su médico o especialista abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención médica.

Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias

Los montos que usted paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas tienen cobertura únicamente si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Encontrará un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web, [**careoregonadvantage.org/pharmacy**](https://careoregonadvantage.org/pharmacy). También puede llamar al Departamento de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o solicitarnos que le enviemos por correo postal un *Directorio de farmacias*. **Revise el Directorio de farmacias 2022 para saber qué farmacias están en nuestra red.**

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

Tenga en cuenta que, en el *Aviso anual de cambios*, se le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de **Medicare**.

Cambiaremos nuestra cobertura para determinados servicios médicos el próximo año. La información a continuación describe dichos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el *Capítulo 4, Cuadro de beneficios (qué está cubierto y qué paga usted)*, en su *Evidencia de cobertura 2022*. Encontrará una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web, **careoregonadvantage.org/materials**. También puede llamar al Departamento de Atención al Cliente para solicitarnos que le enviemos por correo postal una *Evidencia de cobertura*.

Servicios del programa de tratamiento con opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD mediante un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP, por sus siglas en inglés) que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés) agonistas y antagonistas de los opioides, que estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de EE. UU.
- Suministro y administración de medicamentos del MAT (si corresponde)
- Asesoramiento por consumo de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas toxicológicas
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios dentales	No se cubren los servicios de atención dental integral o preventiva.	Los servicios de atención dental y preventiva se cubren hasta la cantidad máxima anual de \$1500 en la Tarjeta Dental Flex.
Tarjeta Dental Flex	La Tarjeta Dental Flex no es un beneficio cubierto.	Con la Tarjeta Dental Flex usted obtiene \$1500 por año para cubrir el costo de los gastos de bolsillo por asistir a un proveedor de atención dental.
Beneficio de acondicionamiento físico	<p>Este beneficio se ofrece mediante el Programa de Envejecimiento Saludable y Ejercicio de Silver&Fit®. Las siguientes opciones están a su disposición sin costo alguno:</p> <p>Puede seleccionar un (1) kit para mantenerse en forma (<i>Stay Fit Kit</i>) y un (1) kit para hacer ejercicio en el hogar (<i>Home Fitness Kit</i>) cada año de beneficios.</p>	<p>Este beneficio se ofrece mediante el Programa de Envejecimiento Saludable y Ejercicio de Silver&Fit®. Tiene a su disposición lo siguiente sin costo alguno:</p> <p>Puede seleccionar un (1) kit para hacer ejercicio en el hogar (<i>Home Fitness Kit</i>) cada año de beneficios.</p>
Programa de entrega de comidas (solo después de recibir el alta)	Usted no paga nada por recibir un máximo de 14 días en comidas (máximo 28 comidas o dos comidas diarias) después de recibir el alta.	Usted no paga nada por recibir un máximo de 28 días en comidas (máximo 56 comidas o dos comidas diarias) después de recibir el alta.
Servicios del programa de tratamiento con opioides	Paga el 20% del costo total de los servicios de tratamientos para trastornos por uso de opioides cubiertos por Medicare.	Paga el 0% del costo total de los servicios de tratamientos para trastornos por uso de opioides cubiertos por Medicare.

Aviso anual de cambios para 2022

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Tarjeta OTC <i>plus</i>	Con la tarjeta combinada OTC <i>plus</i> , usted obtiene \$190 cada tres mesees (trimestralmente) para la compra de artículos de venta al público relacionados con la salud o alimentos saludables usando una tarjeta recargada en las tiendas participantes.	Con la tarjeta combinada OTC <i>plus</i> , usted obtiene \$390 cada tres mesees (trimestralmente) para la compra de artículos de venta al público relacionados con la salud o alimentos saludables usando una tarjeta recargada en las tiendas participantes.
Beneficios suplementarios especiales para la hipertensión	Los beneficios suplementarios especiales para aquellos con hipertensión no están cubiertos.	En el caso de aquellas personas con diagnóstico de hipertensión, usted no paga nada por un dispositivo de control de la presión arterial por año de los modelos aprobados.
Consultas virtuales	Las consultas virtuales no están cubiertas.	Usted paga un copago de \$0 por cada consulta a través de Teladoc. Disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana para que usted se conecte por teléfono, por videochat o con la aplicación, con un proveedor acreditado en EE.UU., en lo que se refiere a tratamientos de problemas de salud que no sean de emergencia, a afecciones médicas y a medicamentos con receta.
Cuidado de la vista	No paga nada por hasta 1 par de lentes para anteojos básicos por año (incluidos lentes progresivos estándar).	No paga nada por hasta 1 par de lentes para anteojos básicos o prémium por año (incluidos lentes progresivos estándar o hechos a medida, y lentes de alto índice).

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”. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos de forma electrónica. **Para obtener la Lista de medicamentos completa**, puede llamar al Departamento de Atención al Cliente (consulte en el reverso) o visitar nuestro sitio web (careoregonadvantage.org/druglist).

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos los cambios en los medicamentos que cubrimos y los cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados 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 (o a otra persona autorizada para recetar medicamentos) y solicite al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **Recomendamos a los miembros actuales** que soliciten 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 sobre la cobertura, apelaciones, quejas])* o llame al Departamento de Atención al Cliente.
- **Consulte a su médico (o a otra persona autorizada para recetar medicamentos) para encontrar un medicamento** diferente que cubramos. Puede llamar al Departamento de Atención al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción en la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que obtenga 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 uno diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual.

CareOregon Advantage le proporcionará una transición significativa si es un miembro actual cuyos medicamentos ya no figuran en el formulario, o bien si siguen figurando en el formulario, pero ahora tienen autorización previa, límites de cantidad o restricciones relacionadas con el tratamiento escalonado. Hay dos maneras en que hacemos esto:

1. Antes del nuevo año, colaboraremos con usted y con su proveedor para pasarlo a un medicamento diferente o completar las solicitudes de una excepción al formulario.
2. Le proporcionaremos un suministro temporal por única vez durante los primeros 108 días del nuevo año. Durante ese período, puede cambiar a un medicamento diferente o solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos su medicamento actual.

Aviso anual de cambios para 2022

En el caso de los miembros actuales que recibían medicamentos que no estaban en el formulario, aprobados mediante un proceso de excepción y cuya autorización haya vencido, tendrá que solicitar una excepción para continuar con el medicamento que no está en el formulario.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podemos hacer otros cambios que están permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando hacemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede consultar a su médico (o a otra persona autorizada para recetar medicamentos) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando de manera programada nuestra Lista de medicamentos en línea y proporcionaremos otra información requerida que refleje los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si participa en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D quizá no se aplique en su caso.** Hemos incluido un documento por separado, llamado “Anexo de Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados” (también conocida como “Anexo de subsidio por bajos ingresos [LIS, por sus siglas en inglés]” o “Anexo LIS”), que le brinda información sobre los costos de sus medicamentos. Dado que usted recibe “Ayuda adicional”, si no recibió ese documento con este paquete, llame al Departamento de Atención al Cliente y solicite el “Anexo LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Cuánto paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información a continuación 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 llegan a las otras dos etapas: la Etapa de brecha de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o el Capítulo 6, secciones 6 y 7, en la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual.	El deducible es de \$0 o \$445 Si recibe “Ayuda adicional”, esta etapa de pago no se aplica en su caso.	El deducible es de \$0 o \$480 Si recibe “Ayuda adicional”, esta etapa de pago no se aplica en su caso.

Cambios en su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos, en su ***Evidencia de cobertura***.

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que proporciona costo compartido estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 - Medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos: Usted paga \$0/\$1.30/\$3.70 por receta.</p> <p>Nivel 2 - Medicamentos de marca: Usted paga \$0/\$4.00/\$9.20 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$6,550 de bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la próxima etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos o medicamentos de marca considerados como genéricos: Usted paga \$0/\$1.35/\$3.95 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca: Usted paga \$0/\$4.00/\$9.85 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$7,050 de bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la próxima etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).</p>

Cambios en la Etapa de brecha de cobertura y en la Etapa de cobertura catastrófica

La Etapa de brecha de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas con costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a ninguna de estas etapas.**

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte su Resumen de beneficios o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su ***Evidencia de cobertura***.

Cambios en su costo compartido si recibe “Ayuda adicional”

2021 (este año)	2022 (próximo año)
Para personas con diabetes que tienen copagos por medicamentos y consumen un medicamento aprobado: copagos de \$0 cuando surte un suministro de tres meses (84 a 90 días).	Para aquellos con “Ayuda adicional” que tienen copagos de medicamentos: copagos de \$0 cuando surte un suministro de tres meses (84 a 90 días) para medicamentos de mantenimiento. ¹ copago de \$0 para vacunas de la Parte D.

¹ Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma de manera habitual, para un afección médica crónica o a largo plazo. Puede usar nuestra Lista de medicamentos para saber si su medicamento es un medicamento de mantenimiento. Estos medicamentos están marcados como medicamentos de “pedido por correo” en nuestra Lista de medicamentos.

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si desea permanecer en CareOregon Advantage Plus

Para permanecer en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestro CareOregon Advantage Plus.

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2022, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- **O** bien puede cambiar a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y usted 2022*, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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

Paso 2: Cambie su cobertura

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Se anulará automáticamente su inscripción en CareOregon Advantage Plus.
- **Para cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbase en el nuevo plan de medicamentos. Se anulará automáticamente su inscripción en CareOregon Advantage Plus.
- **Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe seguir alguno de los siguientes pasos:
 - » Enviarnos una solicitud por escrito para anular su inscripción. Comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono figuran en la Sección 6.1 de esta guía).
 - » **O** bien comunicarse con **Medicare**, al 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que anulen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

Si se cambia a Original Medicare y **not** se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por excluirse de la inscripción automática.

SECCIÓN 3 Cambiar 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.º de enero de 2022.

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, los cambios también se pueden hacer en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura de un empleador y aquellos que se mudan fuera del área de servicio pueden hacer un cambio en otros momentos del año.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2022 y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud 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.º de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Oregon, el SHIP se llama Asistencia con los Beneficios de Seguro Médico para Personas de la Tercera Edad (SHIBA, por sus siglas en inglés).

El programa SHIBA es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguro médico ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre el seguro médico local a personas con Medicare. Los asesores de SHIBA pueden ayudarlo con sus problemas o sus preguntas de Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan. Puede llamar a SHIBA al 800-722-4134. Para obtener más información sobre SHIBA, visite su sitio web en shiba.oregon.gov.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios del Plan de Salud de Oregon (Medicaid), comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente del Plan de Salud de Oregon llamado gratis al 800-273-0557 (TTY 711). Están disponibles de 8 a. m. a 5 p. m. También puede llamar a su organización de atención coordinada (CCO, por sus siglas en inglés) si está inscrito en una. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la manera en que obtiene su cobertura del Plan de Salud de Oregon.

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted puede reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados. A continuación, mencionamos los diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en “Ayuda adicional”, también llamada Subsidio por bajos ingresos. “Ayuda adicional” paga parte de las primas de los medicamentos de su receta, los deducibles anuales y el coseguro. Debido a que usted reúne los requisitos, no tiene una brecha de cobertura ni una sanción por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda adicional”, llame a:
 - » La línea 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048, las 24 horas del día/los 7 días de la semana.
 - » La Oficina del Seguro Social al 800-772-1213, de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 800-325-0778 (solicitudes).
 - » La Oficina de Medicare de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Oregon tiene un programa llamado Programa de Medicamentos Recetados de Oregon que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados en función de su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización figuran en la Sección 4 de esta guía).
- **Asistencia con el costo compartido de recetas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia con Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, como comprobante de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y estado de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con el costo compartido de recetas mediante el programa CAREAssist. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame al 971-673-0144 o a la línea gratuita 800-805-2313.

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1: Obtener ayuda de CareOregon Advantage Plus

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Departamento de Atención al Cliente al 503-416-4279 o a la línea gratuita 888-712-3258. (Solo TTY, llame al 711). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

Lea su Evidencia de cobertura 2022 (incluye detalles sobre los beneficios y los costos del próximo año).

Este *Aviso anual de cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2022* de CareOregon Advantage Plus. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Allí se explican sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, **careoregonadvantage.org/materials**. También puede llamar al Departamento de Atención al Cliente para solicitarnos que le enviemos por correo postal una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en **careoregonadvantage.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: Obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para que pueda comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y usted 2022*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2022*. Cada año en otoño, esta guía se envía por correo postal a las personas con Medicare. Incluye un resumen de los beneficios de Medicare, sus derechos y protecciones, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de esta guía, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llame al 800-MEDICARE (800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

Sección 6.3: Obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a la línea gratuita de Servicio de Atención al Cliente del Plan de Salud de Oregon al 800-273-0557. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Departamento de Atención al Cliente de CareOregon Advantage

LLAME: 503-416-4279 o gratis al 888-712-3258, TTY 711

HORARIO DE ATENCIÓN:

de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo

de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre.



facebook.com/careoregon

twitter.com/careoregon

careoregonadvantage.org

COA-21233828-SP-1227

