

## ***HMO Saver Rx (Medicare Advantage HMO) ofrecido por Tufts Health Plan Medicare Preferred***

### **Notificación anual de cambios para 2022**

Usted está inscrito actualmente como miembro del plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx. El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa sobre esos cambios.*

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

---

#### **Qué debe hacer ahora**

1. **PREGUNTE:** Qué cambios se aplican a usted
  - Revise los cambios de nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
    - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
    - ¿Los cambios afectan los servicios que usted usa?
    - Consulte en las Secciones 1 y 2 para encontrar información sobre los cambios de beneficios y costos de nuestro plan.
  - Revise los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos recetados para saber si lo afectan.
    - ¿Sus medicamentos tendrán cobertura?
    - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente con costos compartidos diferentes?
    - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de surtir su receta?
    - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
    - Revise la Lista de medicamentos 2022 y vaya a la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
    - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan subido desde el año pasado. Converse con su médico sobre alternativas de menor costo que pudieran haber 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](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace "dashboards" (paneles de control) que se encuentra en el medio de la segunda nota hacia el final de la página. Estos paneles de control destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otro tipo de 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 los costos de sus propios medicamentos.
  - Fíjese si los médicos y otros proveedores que lo atienden estarán en nuestra red el próximo año.
    - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas con los que se atiende regularmente, están en nuestra red?

- ¿Qué sucede con los hospitales u otros proveedores con los que se atiende?
  - Busque información sobre nuestro *Directorio de proveedores* en la Sección 1.3.
- Piense sobre sus costos generales de atención de salud.
- ¿Cuánto gastará por desembolsos para pagar los servicios y medicamentos recetados que usa regularmente?
  - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense en si está satisfecho con nuestro plan.
2. **COMPARE:** Conozca otras opciones de planes
- Revise la cobertura y los costos de planes en su área.
- Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).
  - Revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y usted 2022*.
  - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y su cobertura en el sitio web del plan.
3. **ESCOJA:** Decida si desea cambiar su plan
- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, se le inscribirá en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx.
  - Para cambiarse a un **plan diferente** que se acomode mejor a sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.
4. **INSCRÍBASE:** Para cambiarse de plan, afilíese a 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**, se le inscribirá en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx.
  - Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. Automáticamente dejará de estar inscrito en su plan actual.

### Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español de forma gratuita.
- Comuníquese con Relaciones con el Cliente por el número de teléfono 1-800-701-9000 para solicitar información adicional (los usuarios TTY deben llamar al 711). Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
- Esta información está disponible en diversos formatos, como en letra grande.
- **La cobertura de este plan reúne los requisitos de una cobertura médica calificada (QHC por sus siglas en inglés)** y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Asistencia Asequible (ACA por sus siglas en inglés). Consulte el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS por sus siglas en inglés) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

### **Acerca del plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx**

- Tufts Health Plan es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Tufts Health Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto se refiera a “nosotros”, “nos”, “nuestro(a)” o “nuestros(as)”, quiere decir Tufts Health Plan Medicare Preferred. Cuando se refiera a “plan” o “nuestro plan”, quiere decir Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx.

## Resumen de costos importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 con los de 2022 para el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web [www.thmp.org](http://www.thmp.org). También puede llamar a Relaciones con el Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p><b>Prima mensual del plan*</b></p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. (Consulte la Sección 1.1 para obtener más información).</p>	\$0	\$0
<p><b>Monto del desembolso máximo</b></p> <p>Este es el desembolso <u>máximo</u> que pagará por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).</p>	\$7,550	\$7,550
<p><b>Visitas a consultorios médicos</b></p>	<p>Visitas al médico de atención primaria: \$10 por visita</p> <p>Visitas a especialistas: \$45 por visita</p>	<p>Visitas al médico de atención primaria: \$10 por visita</p> <p>Visitas a especialistas: \$45 por visita</p>
<p><b>Hospitalizaciones</b></p> <p>Incluye atención aguda de paciente hospitalizado, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día que usted es ingresado formalmente al hospital con una orden del médico. El día antes de su alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p>Usted paga \$350 por día durante los días del 1 al 5 y \$0 después del día 5 por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital de cuidados agudos generales, psiquiátricos, de rehabilitación o de cuidados agudos a largo plazo.</p>	<p>Usted paga \$350 por día durante los días del 1 al 5 y \$0 después del día 5 por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital de cuidados agudos generales, psiquiátricos, de rehabilitación o de cuidados agudos a largo plazo.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de Part D</b></p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: usted paga los primeros \$250 del costo total de los medicamentos recetados en los niveles 3, 4, o 5.</p> <p>Copago o coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p><b>Nivel 1 de medicamentos:</b> de \$0 a \$14 por receta en una farmacia minorista para un suministro de 30 días.</p> <p>de \$0 a \$28 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 60 días.</p> <p>de \$0 a \$42 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 90 días.</p> <p>de \$0 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para 30 días.</p> <p>de \$0 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un</p>	<p>Deducible: usted paga los primeros \$250 del costo total de los medicamentos recetados en los niveles 3, 4, o 5.</p> <p>Copago o coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p><b>Nivel 1 de medicamentos:</b> de \$0 a \$14 por receta en una farmacia minorista para un suministro de 30 días.</p> <p>de \$0 a \$28 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 60 días.</p> <p>de \$0 a \$42 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 90 días.</p> <p>de \$0 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para 30 días.</p> <p>de \$0 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	<p>suministro para hasta 60 días.</p> <p>de \$0 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 90 días.</p> <p><b>Nivel 2 de medicamentos:</b> de \$4 a \$19 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días.</p> <p>de \$8 a \$38 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 60 días.</p> <p>de \$12 a \$57 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 90 días.</p> <p>\$4 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para 30 días.</p> <p>\$8 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 60 días.</p>	<p>suministro para hasta 60 días.</p> <p>de \$0 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 90 días.</p> <p><b>Nivel 2 de medicamentos:</b> de \$4 a \$19 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días.</p> <p>de \$8 a \$38 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 60 días.</p> <p>de \$12 a \$57 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 90 días.</p> <p>\$4 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para 30 días.</p> <p>\$8 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 60 días.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	\$8 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 90 días.	\$8 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 90 días.
	<p><b>Nivel 3 de medicamentos:</b></p> <p>\$47 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días.</p>	<p><b>Nivel 3 de medicamentos:</b></p> <p>\$47 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días.</p>
	\$94 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 60 días.	\$94 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 60 días.
	\$141 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 90 días.	\$141 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 90 días.
	\$47 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para 30 días.	\$47 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para 30 días.
	\$94 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 60 días.	\$94 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 60 días.
	\$94 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 90 días.	\$94 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 90 días.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	<p><b>Nivel 4 de medicamentos:</b>            \$100 por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 30 días.</p> <p>\$200 por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 60 días.</p> <p>\$300 por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 90 días.</p> <p><b>Nivel 5 de medicamentos:</b>            28 % por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 30 días.</p> <p>Los suministros para 60 y 90 días no están cubiertos para los medicamentos en el Nivel 5.</p> <p><b>Nivel 6 de medicamentos:</b>            \$0 por vacuna del nivel 6.</p>	<p><b>Nivel 4 de medicamentos:</b>            \$100 por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 30 días.</p> <p>\$200 por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 60 días.</p> <p>\$300 por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 90 días.</p> <p><b>Nivel 5 de medicamentos:</b>            28 % por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 30 días.</p> <p>Los suministros para 60 y 90 días no están cubiertos para los medicamentos en el Nivel 5.</p> <p><b>Nivel 6 de medicamentos:</b>            \$0 por vacuna del nivel 6.</p>



# **Notificación anual de cambios para 2022**

## **Contenido**

- Resumen de costos importantes para 2022 .....4**
  
- SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año ..... 10**
  - Sección 1.1. Cambios en la prima mensual ..... 10
  - Sección 1.2. Cambios en el monto del desembolso máximo ..... 10
  - Sección 1.3. Cambios en la red de proveedores ..... 11
  - Sección 1.4. Cambios en la red de farmacias ..... 12
  - Sección 1.5. Cambios en beneficios y costos de servicios médicos ..... 12
  - Sección 1.6. Modificaciones en la cobertura de medicamentos recetados de Part D .... 20
  
- SECCIÓN 2 Modificaciones administrativas ..... 25**
  
- SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir ..... 26**
  - Sección 3.1. Si desea permanecer en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx ..... 26
  - Sección 3.2. Si desea cambiar de plan ..... 26
  
- SECCIÓN 4 Plazo para cambios de planes ..... 27**
  
- SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratis sobre Medicare ..... 27**
  
- SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados ..... 28**
  
- SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? ..... 29**
  - Sección 7.1. Cómo obtener ayuda del plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx ..... 29
  - Sección 7.2. Cómo obtener ayuda de Medicare ..... 29

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

### Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan</b>  No hay ningún cambio en la prima del plan para el próximo año de beneficios.  (También debe seguir pagando la prima de Medicare Part B).	\$0	\$0
<b>Beneficio complementario opcional: Opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred</b>	\$17	\$18.50

- La prima mensual del plan será *más alta* si se le exige pagar una multa de por vida por inscripción tardía en Part D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos equivalente a la cobertura de medicamentos de Medicare (lo que se también se denomina “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso mayor, quizás tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *más baja* si recibe “Extra Help” como ayuda con sus medicamentos recetados. Consulte la Sección 6 acerca de "Extra Help" de Medicare.

### Sección 1.2 Cambios en el monto del desembolso máximo

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

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<b>Monto del desembolso máximo</b>	\$7,550	\$7,550

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) se incluyen en su monto del desembolso máximo.</p> <p>No hay ningún cambio en la prima del plan para el próximo año de beneficios.</p>		<p>Una vez que haya pagado \$7,550 en desembolsos por concepto de servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos por el resto del año calendario.</p>

### 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 [www.thpmp.org](http://www.thpmp.org). También puede llamar a Relaciones con el Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo una copia del *Directorio de proveedores*. **Revise el *Directorio de proveedores 2022* para ver si los proveedores que lo atienden (proveedor primario de cuidados médicos, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios de hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay una serie de motivos por los cuales el proveedor con el que se atiende podría dejar el plan, pero si su médico o especialista deja el plan, tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación.

- Aun cuando nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe por darle una notificación con, al menos, 30 días de anticipación de que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar otro.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está en tratamiento médico, tiene el derecho de solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros colaboraremos para garantizar esto.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o cree que su atención no se está administrando de manera correcta, tiene el derecho de apelar nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que gestione su atención.

## Sección 1.4 Modificaciones en la red de farmacias

Los montos que 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 están cubiertas *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 [www.thpmp.org](http://www.thpmp.org). También puede llamar a Relaciones con el Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo una copia del *Directorio de farmacias*. **Revise el Directorio de farmacias 2022 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

## Sección 1.5 Modificaciones en los beneficios y costos de los servicios médicos

El próximo año cambiaremos nuestra cobertura de ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para conocer detalles sobre 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 de 2022*.

### Servicios del programa de tratamiento de opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opiáceos (OUD por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opiáceos (OTP por sus siglas en inglés) que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA por sus siglas en inglés) para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT por sus siglas en inglés) con agonistas y antagonistas de opioides.
- Suministro y administración de MAT (si procede)
- Orientación para el consumo de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Exámenes toxicológicos
- Actividades complementarias
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<b>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</b>	Paga \$10 por visita.	Paga \$20 por visita.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	Se necesita un referido para este servicio.	Se necesita un referido para este servicio.  Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.
<b>Opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred</b>	<p>Límite de beneficios de \$1,000</p> <p>\$0 de copago servicios de clase 1</p> <p>20 % de coaseguro servicios de clase 2</p> <p>50 % de coaseguro servicios de clase 3</p> <p>\$17 de prima mensual</p> <p>No hay período de espera</p> <p>Los servicios solo tienen cobertura con los proveedores de la red de PPO de Dominion.</p>	<p>Límite de beneficios de \$1,000</p> <p>\$0 de copago servicios de clase 1</p> <p>20 % de coaseguro servicios de clase 2</p> <p>50 % de coaseguro servicios de clase 3</p> <p>\$18.50 de prima mensual</p> <p>No hay período de espera</p> <p>Los servicios solo tienen cobertura con los proveedores de la red de PPO de Dominion.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<b>Opción y plan dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred: empastes</b>	<p>Usted paga el costo compartido aplicable para los servicios básicos de clase 2.</p> <p>Empastes plateados y empastes blancos</p>	<p>Usted paga el costo compartido aplicable para los servicios básicos de clase 2.</p> <p>Empastes cubiertos una vez cada 24 meses</p>

<b>Costo</b>	<b>2021 (este año)</b>	<b>2022 (próximo año)</b>
	<p>(dientes frontales) cubiertos una vez cada 24 meses por superficie, por diente.</p> <p>Empastes blancos (dientes posteriores) cubiertos una vez cada 24 meses por superficie, por diente; varias superficies se procesarán como empastes plateados y el paciente es responsable hasta la tarifa contratada.</p>	<p>por superficie, por diente. Empastes blancos en dientes posteriores se procesarán como empastes plateados y el paciente es responsable hasta la tarifa contratada.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<b>Monitores continuos de glucosa</b>	<p>Usted paga un coaseguro del 20 % por los monitores continuos de glucosa terapéuticos cubiertos y los suministros correspondientes en los proveedores de equipos médicos duraderos (DME por sus siglas en inglés) que participan o en las farmacias minoristas o de venta por correo.</p> <p>Se requiere autorización previa para monitores continuos de glucosa (CGM por sus siglas en inglés) terapéuticos. No existe una marca preferida de monitores continuos de glucosa terapéuticos.</p>	<p>Usted paga \$0 por los monitores continuos de glucosa terapéuticos cubiertos y los suministros correspondientes en los proveedores de equipos médicos duraderos (DME) que participan o en las farmacias minoristas o de venta por correo.</p> <p>Se requiere autorización previa para monitores continuos de glucosa (CGM por sus siglas en inglés) terapéuticos. Entre los CGM cubiertos se incluyen los productos Dexcom y FreeStyle Libre.</p>

<b>Costo</b>	<b>2021 (este año)</b>	<b>2022 (próximo año)</b>
<b>DME: artículos de seguridad para el baño de venta sin receta</b>	<p>Entre de los artículos cubiertos se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asiento elevado estándar para el inodoro: 1 por miembro cada 5 años</li> <li>• Barras de apoyo estándar para el baño: Hasta 2 por miembro cada 5 años</li> <li>• Asiento estándar para la bañera: 1 por miembro cada 5 años</li> </ul>	<p>Entre de los artículos cubiertos se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asiento elevado para el inodoro: 1 por miembro cada 5 años</li> <li>• Barras de apoyo para el baño: Hasta 2 por miembro cada 5 años</li> <li>• Asiento para la bañera: 1 por miembro cada 5 años</li> </ul>
<b>Atención de emergencia</b>	<p>Usted pagará \$90 por cada visita cubierta a la sala de emergencias.</p>	<p>Usted pagará \$90 por cada visita cubierta a la sala de emergencias.</p> <p>Si su visita a la sala de emergencias también incluye una cirugía hospitalaria ambulatoria realizada allí mismo como parte de dicha visita para evaluar o estabilizar su condición médica de emergencia, solamente se aplica su copago de \$90 por atención de emergencia.</p> <p>Si su visita a la sala de emergencias tiene como resultado una cirugía hospitalaria ambulatoria realizada en un quirófano, en otro centro hospitalario para pacientes externos</p>

<b>Costo</b>	<b>2021 (este año)</b>	<b>2022 (próximo año)</b>
		<p>o en un centro quirúrgico ambulatorio en la misma fecha del servicio, no se aplicará el copago por atención de emergencia y sí el copago por cirugía ambulatoria.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<b>Atención de salud mental de pacientes hospitalizados</b>	Debe pagar \$315 por día por los días del 1 al 5.	Debe pagar \$350 por día por los días de 1 al 5.
<b>Medicamentos recetados de Medicare Part B</b>	Medicamentos de Part B que no están sujetos a los requisitos de terapia escalonada.	Medicamentos de Part B que están sujetos a los requisitos de terapia escalonada.
<b>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</b>	Usted pagará \$0 por una visita de fisioterapia o terapia ocupacional de hasta 15 minutos después de un procedimiento quirúrgico ambulatorio antes del alta.	Usted pagará \$0 por una visita de fisioterapia o terapia ocupacional después de un procedimiento quirúrgico ambulatorio antes del alta.
<b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF por sus siglas en inglés)</b>	<p>Debe pagar \$0 por día por los días del 1 al 20.</p> <p>Debe pagar \$160 por día por los días del 21 al 44.</p> <p>Debe pagar \$0 por día por los días del 45 al 100.</p>	<p>Debe pagar \$0 por día por los días del 1 al 20.</p> <p>Debe pagar \$180 por día por los días del 21 al 44.</p> <p>Debe pagar \$0 por día por los días del 45 al 100.</p>



Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<b>Servicios de Telehealth</b>	<p>Servicios cubiertos por Medicare más servicios de Telehealth adicionales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de médico de atención primaria</li> <li>• Servicios de médico especialista</li> <li>• Sesiones individuales para servicios especializados de salud mental</li> <li>• Sesiones individuales para servicios de psiquiatría</li> <li>• Servicios del programa de tratamiento de opioides</li> <li>• Servicios de observación</li> <li>• Sesiones individuales para servicios por consumo de sustancias para pacientes externos</li> </ul>	<p>Servicios cubiertos por Medicare más servicios de Telehealth adicionales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de médico de atención primaria</li> <li>• Servicios de médico especialista</li> <li>• Sesiones individuales para servicios especializados de salud mental</li> <li>• Sesiones individuales para servicios de psiquiatría</li> <li>• Servicios del programa de tratamiento de opioides</li> <li>• Servicios de observación</li> <li>• Sesiones individuales para servicios por consumo de sustancias para pacientes externos</li> <li>• Otro profesional del cuidado de la salud (asistentes médicos (PA por sus siglas en inglés) y personal de enfermería profesional (NP por sus siglas en inglés))</li> <li>• Servicios educativos sobre la insuficiencia renal</li> </ul>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	<p>Los costos compartidos de las visitas al consultorio pertinentes aplican para los servicios de Telehealth del Programa de tratamiento sin opioides.</p> <p>Las mismas reglas de referido que corresponden a las visitas en persona se aplican a Telehealth.</p> <p>El costo compartido de los Servicios del Programa de Tratamiento de Opioides se aplica a los servicios de Telehealth prestados como parte de un período de Servicios del Programa de Tratamiento de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación para la autogestión de la diabetes</li> <li>• Sesiones grupales para servicios especializados de salud mental</li> <li>• Sesiones grupales para servicios de psiquiatría</li> <li>• Sesiones grupales para servicios por consumo de sustancias para pacientes externos</li> <li>• Servicios de urgencia</li> </ul> <p>Copago de \$0 por visitas electrónicas y cheques virtuales.</p> <p>Para todas las otras visitas de Telehealth el copago es el mismo que corresponde a la visita en persona.</p> <p>Las mismas reglas de referido que corresponden a las visitas en persona se aplican a Telehealth.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>

<b>Costo</b>	<b>2021 (este año)</b>	<b>2022 (próximo año)</b>
	Opioides para servicios cubiertos por Medicare.	
<b>Atención urgentemente necesaria</b>	<p>Usted paga:</p> <p>PCP: \$10 por visita para servicios de urgencia cubiertos por Medicare de su médico de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés).</p> <p>Especialista: \$45 por visita para servicios de urgencia cubiertos por Medicare de su especialista.</p> <p>Centro de atención de urgencia: \$45 por visita para servicios de urgencia cubiertos por Medicare en un centro de atención de urgencia.</p>	<p>Usted paga:</p> <p>PCP: \$10 por visita para servicios de urgencia cubiertos por Medicare de su médico de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés).</p> <p>Especialista: \$45 por visita para servicios de urgencia cubiertos por Medicare de su especialista.</p> <p>Centro de atención de urgencia: \$50 por visita para servicios de urgencia cubiertos por Medicare en un centro de atención de urgencia.</p>
<b>Visión: beneficio para anteojos</b>	<p>Subsidio de \$150 por año si se compra de un proveedor de la red EyeMed Vision Care.</p> <p>Reembolso de \$90 por año si se compra de un proveedor fuera de la red EyeMed Vision Care.</p> <p>Cubre un par de anteojos estándar (lentes recetados, monturas o una</p>	<p>Subsidio de \$150 por año si se compra de un proveedor de la red EyeMed Vision Care.</p> <p>Reembolso de \$90 por año si se compra de un proveedor fuera de la red EyeMed Vision Care.</p> <p>Cubre anteojos estándar (lentes recetados, monturas o una combinación de</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	combinación de ambos) o lentes de contacto por año calendario.	ambos) y/o lentes de contacto por año calendario.  Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.
<b>Subsidio para bienestar</b>	No cubre participación en clases didácticas de acondicionamiento físico en línea ni cuotas de suscripciones de acondicionamiento físico en línea, como Peloton.	Cubre participación en clases didácticas de acondicionamiento físico en línea o cuotas de suscripciones de acondicionamiento físico en línea, como Peloton.

## Sección 1.6 Modificaciones en la cobertura de medicamentos recetados de Part D

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Entregamos una copia de nuestra Lista de medicamentos en forma electrónica.

Realizamos cambios en nuestra Lista de medicamentos, entre los que se encuentran cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tengan cobertura el próximo año y para ver si habrá restricciones.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- **Reúnase con su médico (u otro prescriptor) para solicitar al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Animamos a los miembros actuales** a solicitar una excepción antes del próximo año.
  - Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Relaciones con el Cliente.
- **Reúnase con su médico (u otro prescriptor) para encontrar un medicamento diferente** que esté dentro de nuestra cobertura. Puede llamar a Relaciones con el Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.

En algunas situaciones tenemos que 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 membresía para evitar que haya una brecha en la terapia. (Para obtener más información 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 que esté recibiendo el suministro temporal de un medicamento debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando este se agote. Puede cambiarse a un medicamento diferente que cubra el plan o solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra su actual medicamento.

Si aprobamos su solicitud de una excepción, por lo general, nuestra autorización es válida hasta el fin del año del plan. Esto sucede siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos comienzan a regir a principios de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios que permiten las reglas de Medicare.

Cuando hagamos estas modificaciones en la Lista de medicamentos durante el año puede coordinar con su médico (u otro prescriptor) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos según lo programado y daremos otra información necesaria para reflejar los cambios de los medicamentos. (Para obtener más información sobre las modificaciones 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 lo ayuda a pagar sus medicamentos ("Extra Help"), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de Part D no aplique en su caso.** Hemos incluido un folleto aparte, llamado "Cláusula de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Extra Help para Pagar sus Medicamentos" (también llamada "Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos" o "Cláusula adicional LIS"), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe "Extra Help" y no recibió este folleto con el paquete, llame a Relaciones con el Cliente y solicite la "Cláusula adicional LIS".

Hay cuatro "etapas de pago de medicamentos". El monto que usted paga por un medicamento de Part D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. (Puede revisar 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 dos primeras etapas: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los afiliados no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa sin cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el capítulo 6, secciones 6 y 7, de la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [www.thpmp.org](http://www.thpmp.org). También puede llamar a Relaciones con el Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de Cobertura*).

En 2022, contaremos con un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros utilicen de forma segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Gestión de Medicamentos (DMP por sus siglas en inglés). Si utiliza medicamentos opioides que recibe de varios médicos o farmacias, o si ha tenido una

sobredosis reciente por opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre el DMP.

### Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b>	<p>El deducible es de \$250.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido preferido de \$0 o un costo compartido estándar de \$14 por un suministro de 30 días de medicamentos en el Nivel 1 y un costo compartido preferido de \$4 o un costo compartido estándar de \$19 por un suministro de 30 días de medicamentos en el Nivel 2; y el costo total de los medicamentos en el Nivel 3, el Nivel 4 y el Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual. Usted paga \$0 por las vacunas del Nivel 6 en la etapa del deducible.</p>	<p>El deducible es de \$250.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido preferido de \$0 o un costo compartido estándar de \$14 por un suministro de 30 días de medicamentos en el Nivel 1 y un costo compartido preferido de \$4 o un costo compartido estándar de \$19 por un suministro de 30 días de medicamentos en el Nivel 2; y el costo total de los medicamentos en el Nivel 3, el Nivel 4 y el Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual. Usted paga \$0 por las vacunas del Nivel 6 en la etapa del deducible.</p>

### Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coaseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de desembolsos que puede pagar por medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que pague el deducible anual, pasará a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos de esta fila son para un suministro para un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o para recetas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p><b>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.</b></p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1:</b> <i>Gastos compartidos preferidos:</i> usted paga \$0 por receta.</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i> usted paga \$14 por receta.</p> <p><b>Nivel 2:</b> <i>Gastos compartidos preferidos:</i> usted paga \$4 por receta.</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i> usted paga \$19 por receta.</p> <p><b>Nivel 3:</b> <i>Gastos compartidos preferidos:</i> usted paga \$47 por receta.</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i> usted paga \$47 por receta.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1:</b> <i>Gastos compartidos preferidos:</i> usted paga \$0 por receta.</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i> usted paga \$14 por receta.</p> <p><b>Nivel 2:</b> <i>Gastos compartidos preferidos:</i> usted paga \$4 por receta.</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i> usted paga \$19 por receta.</p> <p><b>Nivel 3:</b> <i>Gastos compartidos preferidos:</i> usted paga \$47 por receta.</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i> usted paga \$47 por receta.</p>

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	<p><b>Nivel 4:</b> <i>Gastos compartidos preferidos:</i> usted paga \$100 por receta.</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i> usted paga \$100 por receta.</p> <p><b>Nivel 5:</b> <i>Gastos compartidos preferidos:</i> usted paga el 28 % del costo total.</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i> usted paga el 28 % del costo total.</p> <p><b>Nivel 6:</b> <i>Gastos compartidos preferidos:</i> usted paga \$0 por todas las vacunas del Nivel 6.</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i> usted paga \$0 por todas las vacunas del Nivel 6.</p> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,130, usted pasará a la</p>	<p><b>Nivel 4:</b> <i>Gastos compartidos preferidos:</i> usted paga \$100 por receta.</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i> usted paga \$100 por receta.</p> <p><b>Nivel 5:</b> <i>Gastos compartidos preferidos:</i> usted paga el 28 % del costo total.</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i> usted paga el 28 % del costo total.</p> <p><b>Nivel 6:</b> <i>Gastos compartidos preferidos:</i> usted paga \$0 por todas las vacunas del Nivel 6.</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i> usted paga \$0 por todas las vacunas del Nivel 6.</p> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,430, usted pasará a la</p>



Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	siguiente etapa (la Etapa sin cobertura).	siguiente etapa (la Etapa sin cobertura).

### Cambios en la Etapa sin cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica

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

## SECCIÓN 2 Modificaciones administrativas

Descripción	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p><b>Proveedor de venta sin receta (OTC por sus siglas en inglés)</b></p>	<p>Los beneficios para productos de venta sin receta los administra InComm Healthcare and Affinity, Inc., una compañía independiente.</p> <p>Las compras se pueden hacer en línea en <a href="http://www.NationsOTC.com/THPMP">www.NationsOTC.com/THPMP</a>, por el número de teléfono 1-877-230-2034 o al enviar un formulario de pedido que se encuentra en la parte posterior del catálogo de productos.</p>	<p>Los beneficios para productos de venta sin receta los administra InComm Healthcare and Affinity, Inc., una compañía independiente.</p> <p>Las compras se pueden hacer en línea en <a href="http://thpmp.org/order-OTC">thpmp.org/order-OTC</a>, por el número de teléfono 1-833-569-2168 o al enviar un formulario de pedido que se encuentra en la parte posterior del catálogo de productos.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>

## SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

### Sección 3.1 Si desea permanecer en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx

**Para permanecer en nuestro plan, usted no tiene que hacer nada.** Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestro plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx.

### Sección 3.2 Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiarse en 2022, siga estos pasos:

#### Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan diferente de salud de Medicare
- *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. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía en Part D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y usted 2022*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede usar el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare para encontrar información sobre planes en su área. Vaya a [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare). **Aquí, usted puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Le recordamos que Tufts Health Plan Medicare Preferred ofrece otros planes de salud de Medicare Y planes de medicamentos recetados de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y monto de costos compartidos.

#### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan diferente de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx.

- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer una de las siguientes cosas:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción en el plan. Comuníquese con Relaciones con el Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 de este folleto).
  - O comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 4 Plazo para cambiar los planes

Si desea cambiarse 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 2022.

### ¿Hay otras fechas en el año en que se hagan cambios?

En ciertas situaciones también se permiten cambios en otras fechas del año. Por ejemplo, personas con Medicaid, las que reciben “Extra Help” para pagar sus medicamentos, las que tienen o dejarán la cobertura de sus empleadores y las que se mudan fuera del área de servicio pueden recibir autorización para hacer un cambio en otras fechas del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2 de la *Evidencia de Cobertura*.

Si se inscribió 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 (ya sea con cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin ella) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin ella) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2 de la *Evidencia de Cobertura*.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratis sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Massachusetts, el SHIP se denomina SHINE, acrónimo de Serving the Health Insurance Needs of Everyone (Al servicio de las necesidades de seguro médico para todos).

El programa SHINE es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento **gratuito** sobre seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare. Los asesores de SHINE pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a entender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar a SHINE al 1-800-243-4636 (TTY: 1-800-439-2370). Para obtener más información acerca de SHINE, visite su sitio web en ([www.mass.gov/health-insurance-counseling](http://www.mass.gov/health-insurance-counseling)).

## SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que usted reúna los requisitos para recibir ayuda para el pago de sus medicamentos recetados. A continuación, indicamos diferentes tipos de ayuda:

- **“Extra Help” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para optar a “Extra Help” para pagar los costos de medicamentos recetados. Si los reúne, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de medicamentos, incluidas primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguro. Además, los que reúnen los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios y ni siquiera lo saben. Para saber si usted reúne los requisitos, llame al:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día, 7 días a la semana;
  - Puede llamar a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8:00 a.m. y las 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  - La oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Massachusetts tiene un programa llamado Prescription Advantage que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte el Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización figuran en la sección 5 de este folleto).
- **Asistencia sobre costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP por sus siglas en inglés) ayuda a que las personas con VIH/SIDA que son elegibles para ADAP tengan acceso a medicamentos esenciales para tratar el VIH. Las personas deben cumplir ciertos criterios, como comprobar su residencia en el estado y condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y una condición de seguro deficiente o sin seguro. Los medicamentos recetados de Medicare Part D que también están cubiertos por el programa ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para VIH (HDAP por sus siglas en inglés) de Massachusetts al 1-617-502-1700. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al HDAP de Massachusetts al 1-617-502-1700.

## SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

### Sección 7.1 Cómo obtener ayuda del plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx.

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Comuníquese con Relaciones con el Cliente al 1-800-701-9000. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711) Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

**Lea su *Evidencia de Cobertura 2022* (tiene detalles sobre los beneficios y costos para el próximo año).**

Esta *Notificación anual de modificaciones* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener más detalles, busque en la *Evidencia de Cobertura 2022* para Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que tiene que seguir para obtener la cobertura de servicios y medicamentos recetados. Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web [www.thpmp.org](http://www.thpmp.org). También puede llamar a Relaciones con el Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de Cobertura*.

#### Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en [www.thpmp.org](http://www.thpmp.org). Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos).

### Sección 7.2 Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas al día, 7 días a 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](http://www.medicare.gov)). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad que lo ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare. Puede usar el buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare para encontrar información sobre planes disponibles en su área. (Para ver la información sobre los planes, vaya a [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)).

**Lea *Medicare y usted 2022***

Puede leer el manual *Medicare y usted 2022*. Este folleto se envía por correo anualmente, en otoño, a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios de Medicare, derechos, protecciones y respuestas de preguntas frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede descargarlo en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.