

HMO Basic No 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 Basic No 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 la Sección 1 para encontrar información sobre los cambios de beneficios y costos de nuestro plan.
 - 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 sus 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:** Aprenda sobre 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.
 - Revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y usted 2022*.

- Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.
3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan
- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, se lo inscribirá en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No 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, afliase 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 lo inscribirá en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No 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 al número de teléfono 1-800-701-9000 para solicitar información adicional (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de 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, Qualifying Health Coverage)** y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, Affordable Care Act). 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 para obtener más información.

Acerca del plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No 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 Basic No Rx.

Resumen de costos importantes para 2022

En la siguiente tabla se comparan los costos de 2021 con los de 2022 para el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No 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.thpmp.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)
Prima mensual del plan (Consulte la Sección 1.1 para obtener más información).	\$20	\$20
Monto del desembolso máximo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos (consulte la Sección 1.2 para más detalles).	\$3,450	\$3,450
Visitas a consultorios médicos	Visitas al médico de atención primaria: \$10 por visita Visitas al especialista: \$40 por visita	Visitas al médico de atención primaria: \$10 por visita Visitas al especialista: \$40 por visita
Hospitalizaciones 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 hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que usted es ingresado formalmente al hospital con un orden del médico. El día antes de su alta es su último día como paciente hospitalizado.	Usted paga \$275 por día por los días del 1 al 5 y \$0 después del día 5 por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital de atención aguda general, psiquiátrico, de rehabilitación o de atención aguda a largo plazo.	Usted paga \$275 por día por los días del 1 al 5 y \$0 después del día 5 por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital de atención aguda general, psiquiátrico, de rehabilitación o de atención aguda a largo plazo.

Notificación anual de cambios para 2022 **Tabla de contenidos**

Resumen de costos importantes para 2022	3
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	5
Sección 1.1. Cambios en la prima mensual.....	5
Sección 1.2. Cambios en el monto del desembolso máximo	5
Sección 1.3. Cambios en la red de proveedores	6
Sección 1.4. Cambios en beneficios y costos de servicios médicos.....	6
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir.....	15
Sección 2.1. Si desea permanecer en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx.....	15
Sección 2.2. Si desea cambiar de plan.....	16
SECCIÓN 3 Plazo para cambios de planes	17
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratis sobre Medicare	17
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....	18
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	19
Sección 6.1. Cómo obtener ayuda del plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx.....	19
Sección 6.2. Cómo obtener ayuda de Medicare	19

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)
Prima mensual No hay ningún cambio en la prima del plan para el próximo año de beneficios. (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$20	\$20
Beneficio complementario opcional: Opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred	\$17	\$18.50

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)
Monto del desembolso máximo Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se incluyen en su monto del desembolso máximo. Las primas de su plan no se incluyen en su monto del desembolso máximo. No hay ningún cambio en el monto del desembolso máximo para el próximo año de beneficios.	\$3,450	\$3,450 Una vez que haya pagado \$3,450 en desembolsos por concepto de servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos por el resto del año calendario.

Sección 1.3. Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Hay un *Directorio de proveedores* actualizado en nuestro sitio web 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 de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar modificaciones 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 cuidado de la salud.
- 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. Cambios en beneficios y costos de 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 con opioides

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

- Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (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 corresponde)
- Orientación sobre el consumo de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Exámenes toxicológicos
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Acupuntura para el dolor lumbar crónico	Paga \$10 por visita. Se necesita una derivación para este servicio.	Paga \$20 por visita. Se necesita una derivación para este servicio. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.
Opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred	El límite del beneficio es de \$1000 El copago es de \$0 para servicios de clase 1 El coaseguro es del 20 % para servicios de clase 2	El límite del beneficio es de \$1000 El copago es de \$0 para servicios de clase 1 El coaseguro es del 20 % para servicios de clase 2

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	<p>El coaseguro es del 50 % para 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>El coaseguro es del 50 % para 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>
<p>Opción y plan dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred: empastes</p>	<p>Usted paga el costo compartido aplicable para los servicios básicos de clase 2.</p> <p>Empastes plateados y empastes blancos (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</p>	<p>Usted paga el costo compartido aplicable para los servicios básicos de clase 2.</p> <p>Empastes cubiertos una vez cada 24 meses 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</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	empastes plateados y el paciente es responsable hasta la tarifa contratada.	obtener más información.
Monitores continuos de glucosa	<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) terapéuticos. Entre los CGM cubiertos se incluyen los productos Dexcom y FreeStyle Libre.</p>
DME: artículos de seguridad para el baño de venta sin receta	<p>Entre los artículos cubiertos se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Asiento elevado estándar para el inodoro: 1 por miembro cada 5 años 	<p>Entre los artículos cubiertos se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Asiento elevado para el inodoro: 1 por miembro cada 5 años ● Barras de apoyo para el baño:

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Barras de apoyo estándar para el baño: Hasta 2 por miembro cada 5 años • Asiento estándar para la bañera: 1 por miembro cada 5 años 	<p>Hasta 2 por miembro cada 5 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiento para la bañera: 1 por miembro cada 5 años
<p>Atención de emergencia</p>	<p>Usted pagará \$110 por cada visita cubierta a la sala de emergencias.</p>	<p>Usted pagará \$110 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 afección médica de emergencia, solamente se aplica su copago de \$110 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 o en un centro quirúrgico ambulatorio en la misma fecha del servicio, no se aplicará</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
		<p>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>
Medicamentos recetados la Parte B de Medicare	Los medicamentos de Medicare Parte B no están sujetos a los requisitos de terapia escalonada.	Los medicamentos de Medicare Parte B podrían estar sujetos a los requisitos de terapia escalonada.
Servicios ambulatorios de rehabilitación	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.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	<p>Paga \$20 por día del día 1 al 20.</p> <p>Paga \$140 por día del día 21 al 44.</p> <p>Paga \$0 por día del día 45 al 100.</p>	<p>Paga \$20 por día del día 1 al 20.</p> <p>Paga \$160 por día del día 21 al 44.</p> <p>Paga \$0 por día del día 45 al 100.</p>
Servicios de Telehealth	<p>Servicios cubiertos por Medicare más servicios de Telehealth adicionales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médico de atención 	<p>Servicios cubiertos por Medicare más servicios de Telehealth adicionales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médico de atención

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	<p>primaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médico especialista • Sesiones individuales para servicios especializados de salud mental • Sesiones individuales para servicios de psiquiatría • Servicios del programa de tratamiento con opioides • Servicios de observación • Sesiones individuales para servicios ambulatorios por abuso de sustancias 	<p>primaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médico especialista • Sesiones individuales para servicios especializados de salud mental • Sesiones individuales para servicios de psiquiatría • Servicios del programa de tratamiento con opioides • Servicios de observación • Sesiones individuales para servicios ambulatorios por abuso de sustancias • 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)) • Servicios educativos sobre la insuficiencia renal • Capacitación para la autogestión de la diabetes

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	<p>Los costos compartidos de las visitas al consultorio pertinentes se aplican para los servicios de Telehealth del Programa de tratamiento sin opioides.</p> <p>Las mismas reglas de derivación que corresponden a las visitas en persona se aplican a Telehealth.</p> <p>El costo compartido de los Servicios del Programa de Tratamiento con Opioides se aplica a los servicios de Telehealth prestados como parte de un período de Servicios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones grupales para servicios especializados de salud mental • Sesiones grupales para servicios de psiquiatría • Sesiones grupales para servicios ambulatorios por abuso de sustancias • Servicios de urgencia <p>Copago de \$0 por visitas electrónicas y chequeos 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 derivación 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>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	del Programa de Tratamiento con Opioides para servicios cubiertos por Medicare.	
Atención urgentemente necesaria	<p>Usted paga:</p> <p>Médico de atención primaria: \$10 por visita para servicios de urgencia cubiertos por Medicare de su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés).</p> <p>Especialista: \$40 por visita para servicios de urgencia cubiertos por Medicare de su especialista.</p> <p>Centro de atención de urgencia: \$40 por visita para servicios de urgencia cubiertos por Medicare en un centro de atención de urgencia.</p>	<p>Usted paga:</p> <p>Médico de atención primaria: \$10 por visita para servicios de urgencia cubiertos por Medicare de su proveedor de atención primaria (PCP).</p> <p>Especialista: \$40 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>
Visión: beneficio para anteojos	<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</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</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	<p>Vision Care.</p> <p>Cubre un par de anteojos estándar (lentes recetados, monturas o una combinación de ambos) o lentes de contacto por año calendario.</p>	<p>Vision Care.</p> <p>Cubre anteojos estándar (lentes recetados, monturas o una combinación de ambos) y/o lentes de contacto por año calendario.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p>Subsidio para bienestar</p>	<p>No cubre participación en clases didácticas de acondicionamiento físico en línea ni cuotas de suscripciones de acondicionamiento físico en línea, como Peloton.</p>	<p>Cubre la participación en clases didácticas de acondicionamiento físico en línea o las cuotas de las suscripciones de acondicionamiento físico en línea, como Peloton.</p>

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1. Si desea permanecer en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No 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 Basic No Rx.

Sección 2.2. 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* puede cambiarse 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, se podría aplicar una multa por inscripción tardía en la Parte 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 (SHIP, por sus siglas en inglés) (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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. **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 de venta con receta 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**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No 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. Comunicarse con Relaciones con el Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6.1 de este folleto).

- O comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo para cambios de 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 vigencia a partir del 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 8, 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 8, Sección 2 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratis sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Massachusetts, el SHIP se denomina SHINE, siglas de Serving Health Insurance Needs of Everyone (Al servicio de las necesidades de seguro de salud 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 **gratis** sobre seguros de salud 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 (www.mass.gov/health-insurance-counseling).

SECCIÓN 5 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 por “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, las 24 horas del día, los 7 días de 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 a
 - 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 sobre Seguros Médicos (el nombre y los números de teléfono de esta organización figuran en la Sección 4 de este folleto).
- **¿Qué pasa si usted tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el 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. Los medicamentos recetados de Medicare Parte 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. *Nota:* Para ser elegibles para el ADAP que se ofrece en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, lo que incluye 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 nulo.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, este puede seguir brindándole asistencia para pagar los costos compartidos de recetas de Medicare Parte D para los medicamentos del formulario de ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, informe a su asistente de inscripción

local de ADAP sobre cualquier cambio en el nombre del plan o número de póliza de su plan de Medicare Parte D. Para comunicarse con el HDAP de Massachusetts, llame al 1-617-502-1700.

Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al HDAP de Massachusetts al 1-617-502-1700.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1. Cómo obtener ayuda del plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No 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., los 7 días de 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 cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener información detallada, consulte la *Evidencia de Cobertura 2022* de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No 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. 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. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (*Directorio de proveedores*).

Sección 6.2. 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) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). 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).

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