



PHP (HMO SNP) ofrecido por AIDS Healthcare Foundation **Notificación de Cambios Anuales para 2022**

Usted actualmente está inscrito como miembro de PHP (HMO SNP). El año que viene, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto informa acerca de los cambios.*

- **Usted tiene un plazo del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios a su cobertura de Medicare para el año que viene.**

Qué hacer ahora

1. **PREGUNTE:** Cuáles cambios aplican a usted

- Mire los cambios de nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que satisfará sus necesidades del año próximo.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted usa?
 - Mire las Secciones 1.2 y 1.5 para información sobre los cambios de beneficios y costos de nuestro plan.
- Mire los cambios en nuestro folleto de cobertura de medicamentos bajo receta para ver si lo afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Están los medicamentos en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Tienen cualquiera de sus medicamentos nuevas restricciones, como necesidad de nuestra aprobación antes de surtir una receta?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?

- Revise la Lista de Medicamentos de 2022 y mire en la Sección 1.6 para más información sobre cambios en la cobertura de medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su doctor sobre alternativas de menor costo que podrían estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos de su bolsillo durante el año. Para recibir información adicional sobre precios de medicamentos visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices), y haga clic en el enlace "paneles" en el medio de la segunda nota hacia la parte inferior de la página. Estas tablas resaltan qué fabricantes han aumentado sus precios y muestran también otra información de precios de medicamentos año tras año. Tenga en cuenta que sus beneficios del plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus costos propios de medicamentos.
- Mire para ver si sus doctores y otros proveedores estarán en nuestra red el año próximo.
- ¿Están sus médicos, y el especialista que visita regularmente, en nuestra red?
 - ¿Qué ocurre con los hospitales y otros proveedores que usa?
 - Mire en la Sección 1.3 para más información sobre nuestro Directorio de Proveedores.
- Piense sobre sus costos generales de su atención médica.
- ¿Cuánto gastará de su bolsillo por servicios y medicamentos bajo receta que usa regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en sus primas y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está contento con nuestro plan.
- 2. COMPARE:** Aprenda sobre otras opciones de plan
- Averigüe coberturas y 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 de atrás de su Manual Medicare y Usted 2022.
 - Mire la Sección 2.2 para aprender más sobre sus opciones.
- Una vez que haya reducido sus opciones a un plan de preferencia, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. SELECCIONE: Decida si desea o no cambiar su plan

- Si usted no se inscribe en otro plan al 7 de diciembre de 2021, usted será inscrito en PHP.
- Para elegir un **plan diferente** que mejor se adapte a sus necesidades, usted puede cambiar de planes entre el 5 de octubre y el 7 de diciembre.

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

- Si **no se inscribe al 7 de diciembre de 2021**, será inscrito en PHP.
- Si se **inscribe al 7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1° de enero de 2022**. Usted será automáticamente dado de baja de su plan actual.

La discriminación es contraria a la ley

PHP (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina según la raza, color, origen nacional, discapacidad o sexo. PHP no excluye personas ni las trata diferentemente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

PHP:

- Brinda ayuda gratuita y servicios a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra impresa grande, en audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, contacte a Servicios para Miembros.

Si cree que PHP falló en brindar estos servicios o discriminó de alguna otra manera con base en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo con: Member Services, P.O. Box 46160, Los Angeles, CA 90046, (800) 263-0067, TTY 711, Fax (888) 235-8552, email php@positivehealthcare.org. Usted puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o email. Si necesita ayuda en presentar un reclamo, Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo.

Además, puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente por medio del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you
Call 1-800-263-0067 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-263-0067
(TTY: 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.
Gọi số 1-800-263-0067 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng
tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-263-0067 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.
1-800-263-0067 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են
տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-800-263-
0067 (TTY (հեռախոս) 711):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما
فراهم می باشد. با 1-800-263-0067 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные
услуги перевода. Звоните 1-800-263-0067 (телетайп: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-263-
0067 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-263-0067 (رقم
هاتف الصم والبكم: 711).

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-
800-263-0067 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អូល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ
ទូរស័ព្ទ 1-800-263-0067 (TTY: 711)។

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau
koj. Hu rau 1-800-263-0067 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-263-
0067 (TTY: 711) पर कॉल करें।

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-263-0067 (TTY: 711).

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en inglés en forma gratuita.
- Por favor, contacte el número de nuestro Departamento de Servicios para Miembros (800) 263-0067 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.
- Esta información está disponible en otros formatos, por ejemplo, en letra grande y cintas de audio.
- **Cobertura bajo este Plan califica como un plan de salud autorizado (QHC)** y cumple con la Protección del Paciente y el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Por favor visite el sitio web de Servicios de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families para más información.

Acerca de PHP

- PHP es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice "nosotros", "a nosotros" o "nuestro/a/s", significa AIDS Healthcare Foundation. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa PHP.

Resumen de los costos importantes para 2022

La tabla de abajo compara los costos durante 2021 y los costos para 2022 para PHP en varias áreas importantes. **Por favor tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en www.php-ca.org/for-members/espanol. Usted puede también llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (el año que viene)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima podría ser más alta que esta cantidad. Vea la Sección 1.1 para conocer los detalles.</p>	\$0	\$0
<p>Cantidad máxima de su bolsillo</p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Vea la Sección 1.2 para detalles).</p>	\$5,000	\$5,000
<p>Visitas a consultorio del médico</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el año que viene)
<p>Estadías ingresado en hospital Incluye pacientes agudos, rehabilitación de pacientes, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios de pacientes internados. La atención hospitalaria de pacientes internados comienza el día que usted es ingresado formalmente al hospital por orden de su médico. El día antes de su dada de alta es su último día como paciente internado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$100 de copago por día para días 1 a 6 • \$0 de copago por día para días 7 a 90 • \$0 de copago por día para "días de reserva de por vida" 91 a 150 	<ul style="list-style-type: none"> • \$100 de copago por día para días 1 a 6 • \$0 de copago por día para días 7 a 90 • \$0 de copago por día para "días de reserva de por vida" 91 a 150
<p>Cobertura de medicamentos bajo receta de la Parte D (Vea la Sección 1.6 para más detalles).</p>	<p>Deducible: \$445</p> <p>Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: 15% • Nivel 2: 15% • Nivel 3: 25% • Nivel 4: 25% • Nivel 5: 0% 	<p>Deducible: \$480</p> <p>Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: 15% • Nivel 2: 15% • Nivel 3: 25% • Nivel 4: 25% • Nivel 5: 0%

Notificación de Cambios Anuales para 2022
Tabla de Contenidos

Resumen de los costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año que viene	4
Sección 1.1 — Cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2 — Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo.....	4
Sección 1.3 — Cambios en la red de proveedores	5
Sección 1.4 — Cambios en la red de farmacias	6
Sección 1.5 — Cambios en sus beneficios y costos de los servicios médicos	6
Sección 1.6 — Cambios en la cobertura de medicamentos bajo receta de la Parte D.	13
SECCIÓN 2 Decidiendo qué plan elegir	17
Sección 2.1 — Si quiere permanecer en PHP.....	17
Sección 2.2 — Si quiere cambiar de plan	17
SECCIÓN 3 Plazo máximo para cambiar de planes	18
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoría gratis sobre Medicare.....	19
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos bajo receta	19
SECCIÓN 6 ¿Alguna pregunta?.....	20
Sección 6.1 — Obteniendo ayuda de PHP	20
Sección 6.2 — Obteniendo ayuda de Medicare.....	21

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año que viene

Sección 1.1 — Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (el año que viene)
Prima mensual (Usted debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	\$0	\$0

- Su prima mensual del plan será *más* si debe cumplir con el pago de una penalidad de por vida por inscripción tardía a la Parte D por no tener cobertura de medicamentos que es por lo menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada como “cobertura acreditable”) por 63 días o más.
- Si tiene un ingreso económico mayor, podría tener que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por la cobertura de sus medicamentos recetados de Medicare.

Sección 1.2 — Cambios en la cantidad máxima que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes médicos limiten la cantidad que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite de dinero se llama “cantidad máxima de su bolsillo”. Cuando usted pagó la cantidad máxima de su bolsillo, por lo general no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (el año que viene)
<p>Cantidad máxima de su bolsillo</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para determinar la cantidad máxima de su bolsillo. Sus costos de medicamentos bajo receta no cuentan para determinar la cantidad máxima de su bolsillo.</p>	<p>\$5,000</p>	<p>\$5,000</p> <p>Una vez que pagó \$5,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 — Cambios en la red de proveedores

Existen cambios a nuestra red de proveedores para el año próximo. Hay un Directorio de Proveedores actualizado ubicado en nuestro sitio Web en www.php-ca.org/provider-find. Usted también podría llamar a Servicios para Miembros para pedir información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos un Directorio de Proveedores por correo. **Por favor revise el Directorio de Proveedores 2022 para ver si sus proveedores están (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podríamos hacer cambios a los hospitales, doctores y especialistas (proveedores) que son parte de nuestro plan durante el año. Existen varias razones por las que un proveedor podría dejar el plan, pero si su doctor o especialista deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones resumidos a continuación:

- A pesar que nuestra red de proveedores podría cambiar durante el año, debemos brindarle un acceso ininterrumpido a doctores y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para darle por lo menos 30 días de notificación de que su proveedor está dejando nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Nosotros lo asistiremos en la selección de un nuevo proveedor calificado que continúe manejando sus necesidades de atención médica.
- Si usted está bajo un tratamiento médico tiene el derecho de solicitar, y trabajaremos junto a usted para asegurar, que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido.

- Si cree que no le hemos asignado un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que su atención no está siendo adecuadamente manejada, tiene el derecho de presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera que nuestro doctor o especialista está dejando su plan, por favor contáctenos para que podamos asistirlo en la búsqueda de un nuevo proveedor y en el manejo de su atención.

Sección 1.4 — Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que usted paga por sus medicamentos bajo receta pueden depender de qué farmacia usa. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos están cubiertos *solo* si son surtidos en una farmacia de nuestra red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el año que viene. Hay un Directorio de Farmacias actualizado ubicado en nuestro sitio Web en www.php-ca.org/provider-find. Usted también podría llamar a Servicios para Miembros para pedir información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos un Directorio de Farmacias por correo. **Por favor revise el Directorio de Farmacias 2022 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Sección 1.5 — Cambios en sus beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el año que viene. La información de abajo describe estos cambios. Para conocer los detalles de la cobertura y los costos de estos servicios, vea el *Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)* en su *Evidencia de Cobertura 2022*.

Servicios del programa de tratamiento con opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT), agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA).
- Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde)
- Asesoramiento sobre el uso de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas de toxicología

- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (el año que viene)
<p>Atención de la visión</p>	<p>Usted no paga nada por servicios de la atención de la visión cubiertos por Medicare. Requiere derivación y autorización para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluyendo tratamiento para degeneración macular relacionada con la edad • Para miembros con riesgo alto de glaucoma, una prueba de glaucoma cada año • Para miembros con diabetes, una prueba de retinopatía diabética cada año • Un (1) par de anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas que incluye inserción de una lente intraocular. <p>Usted no paga nada por beneficios de atención de la visión complementarios. No se requiere derivación o autorización para lo siguiente:</p>	<p>Usted no paga nada por servicios de la atención de la visión cubiertos por Medicare. Requiere derivación y autorización para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluyendo tratamiento para degeneración macular relacionada con la edad • Para miembros con riesgo alto de glaucoma, una prueba de glaucoma cada año • Para miembros con diabetes, una prueba de retinopatía diabética cada año • Un (1) par de anteojos o lentes de contacto después de cirugía de cataratas que incluye inserción de una lente intraocular. <p>Usted no paga nada por beneficios de atención de la visión complementarios. No se requiere derivación o autorización para lo siguiente:</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el año que viene)
<p>Atención de la visión (continúa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un (1) examen de la visión de rutina cada año • Un (1) par de anteojos (lentes y marcos o lentes) o lentes de contacto cada año <p>Límite de cobertura del plan de \$150 para lentes/ marcos/ lentes de contacto cada año.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un (1) examen de la visión de rutina cada año • Un (1) par de anteojos (lentes y marcos o lentes) o lentes de contacto cada año <p>Límite de cobertura del plan de \$200 para lentes/ marcos/ lentes de contacto cada año.</p>
<p>Beneficio de comidas</p>	<p>Usted no paga nada por hasta dos (2) comidas por día por hasta 28 días (límite de 56 comidas por año).</p> <p>El beneficio de comidas está disponible para miembros después del dada de alta de la hospitalización en un hospital de agudos o centro de enfermería especializada.</p> <p>Se requiere autorización.</p>	<p>Usted no paga nada por hasta dos (2) comidas por día por hasta 28 días (límite de 56 comidas por año).</p> <p>El beneficio de comidas está disponible para miembros después del dada de alta de la hospitalización en un hospital de agudos o centro de enfermería especializada y miembros que tienen una condición crónica u otra condición médica que les impide salir de casa para ir de compras. Las comidas se pueden proporcionar en múltiples incrementos a lo largo del año hasta el límite de 56 comidas por año.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el año que viene)
<p>Centro de cirugía ambulatoria</p>	<p>Usted no paga nada por la cirugía ambulatoria y los servicios del centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>Se requiere derivación y autorización.</p>	<p>Usted no paga nada por la cirugía ambulatoria y los servicios del centro de cirugía ambulatoria realizados en un centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>Se requiere derivación y autorización. Si la cirugía ambulatoria y / o los servicios de cirugía se realizan en una instalación hospitalaria, estará sujeto a un copago hospitalario ambulatorio. Consulte "Hospital ambulatorio" a continuación.</p>
<p>Hospital ambulatorio</p>	<p>Usted no paga nada por servicios hospitalario ambulatorio.</p> <p>Se requiere derivación y autorización por algunos servicios.</p>	<p>Usted paga un copago de \$100 por servicio hospitalario ambulatorio, es decir, servicios de cirugía y cirugía ambulatoria y servicios de radiología de diagnóstico, pruebas y procedimientos realizados en una instalación hospitalaria.</p> <p>Se requiere derivación y autorización por algunos servicios.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el año que viene)
Servicios de audición	<p>Usted no paga nada por los siguientes servicios cada año:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un examen de audición de rutina• Una evaluación de ajuste para un audífono• Hasta dos audífonos <p>Límite de cobertura del plan de \$400 para hasta 2 audífonos por año.</p> <p>Se requiere autorización.</p>	<p>Usted no paga nada por los siguientes servicios cada año:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un examen de audición de rutina• Una evaluación de ajuste para un audífono• Hasta dos audífonos <p>Límite de cobertura del plan de \$1,000 para hasta 2 audífonos por año.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el año que viene)
<p>Servicios de diagnóstico/ laboratorios/ imágenes</p>	<p>Usted no paga nada por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología de diagnóstico, por ejemplo, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones • Servicios de laboratorio • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Radiografías ambulatorias <p>Se requiere derivación. Se requiere autorización por algunas pruebas y servicios.</p>	<p>Usted no paga nada por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología de diagnóstico, por ejemplo, resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones • Servicios de laboratorio • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Radiografías ambulatorias • Colonoscopia, sigmoidoscopia, endoscopia <p>Se requiere derivación. Se requiere autorización por algunas pruebas y servicios. Si los servicios de diagnóstico, laboratorio o imágenes se realizan en una instalación hospitalaria, estará sujeto a un copago hospitalario ambulatorio. Consulte "Hospital ambulatorio" más arriba.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el año que viene)
<p>Servicios dentales</p>	<p>Usted no paga nada por servicios dentales cubiertos por Medicare (esto no incluye servicios en conexión con la atención, tratamiento, reemplazo de rellenos o reemplazo de dientes). Requiere derivación y autorización.</p> <p>Usted no paga nada por servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza (hasta 2 cada año). • Radiografía(s) (hasta 1 cada año). • Tratamiento de flúor (hasta 2 cada año). • Exámenes bucales (ilimitado). <p>Usted no paga nada por servicios dentales integrales como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios no rutinarios • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Endodoncia/ periodoncia/ extracciones • Prostodoncia, otras cirugías orales/ maxilofaciales, otros servicios 	<p>Usted no paga nada por servicios dentales cubiertos por Medicare (esto no incluye servicios en conexión con la atención, tratamiento, reemplazo de rellenos o reemplazo de dientes). Requiere derivación y autorización.</p> <p>Usted no paga nada por servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza (hasta 2 cada año). • Radiografía(s) (hasta 1 cada año). • Tratamiento de flúor (hasta 2 cada año). • Exámenes bucales (ilimitado). <p>Usted no paga nada por servicios dentales integrales como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios no rutinarios • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Endodoncia/ periodoncia/ extracciones • Prostodoncia, otras cirugías orales/ maxilofaciales, otros servicios

Costo	2021 (este año)	2022 (el año que viene)
Servicios dentales (continúa)	<p>Servicios dentales integrales se limitan a \$700 cada año.</p> <p>No se requiere derivación o autorización para servicios dentales preventivos o integrales.</p>	<p>Servicios dentales integrales se limitan a \$750 cada año.</p> <p>No se requiere derivación o autorización para servicios dentales preventivos o integrales.</p>

Sección 1.6 — Cambios en la cobertura de medicamentos bajo receta de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se brinda electrónicamente.

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

Si está afectado por un cambio en la cobertura de un medicamento, usted puede:

- **Trabajar con su médico (u otro recetador) y pedir al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Alentamos a los miembros actuales** a solicitar una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para pedir una excepción, vea el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a Servicios para Miembros.
- **Trabajar con su doctor (u otro recetador) para encontrar una droga diferente** que cubrimos. Usted puede llamar a Servicios para Miembros para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de una droga que no está en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar una brecha en la terapia. (Para aprender más sobre cuándo puede recibir un suministro temporario y cómo solicitar uno, vea el Capítulo 5, Sección 5.2 de la Evidencia de Cobertura). Durante el tiempo que usted recibe un suministro temporario de una droga, usted debería hablar con su doctor para decidir qué hacer cuando su suministro temporario se acabe. Usted puede cambiar a una droga diferente cubierta por el plan o pedir que el plan haga una excepción para usted y cubra su droga actual.

Si actualmente está tomando un medicamento que fue aprobado por el plan a través del proceso de excepción de la lista de medicamentos, usted necesitará hacer un nuevo pedido de excepción de la lista de medicamentos para el próximo año del plan.

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

Cuando hacemos estos cambios a la lista de Medicamentos durante el año, usted aún puede trabajar junto a su doctor (u otro recetador) y pedirnos hacer una excepción para cubrir el medicamento. Además, continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea como fue previsto y brindaremos otra información obligatoria para reflejar cambios en los medicamentos. (Para aprender más sobre los cambios que podríamos realizar a la lista de medicamentos, vea el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en los costos de medicamentos bajo receta

Nota: Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre costos para sus medicamentos bajo receta de Parte D no aplica en su caso.** Le enviamos un folleto aparte llamado “Anexo de Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos bajo receta” (que también se llama Anexo de Subsidio por Bajos Ingresos o “Anexo LIS”), que le da información sobre los costos de sus medicamentos. Porque usted recibe “Ayuda Adicional,” si no ha recibido este anexo al 30 de septiembre de 2021, por favor llame a Servicios para Miembros y pida el “Anexo LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Cuánto paga por su Parte D de medicamentos depende en qué etapa está. (Usted puede ver en el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de Cobertura* para más información sobre las etapas).

Esta información de abajo muestra los cambios para el año próximo en las primeras dos etapas: la Etapa del 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 o la Etapa de Cobertura Catastrófica. Para recibir más información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de Cobertura* que encuentra en nuestro sitio web www.php-ca.org/for-members/espanol. Usted puede también llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (el año que viene)
<p>Etapa 1: “Etapa de Deducible Anual”</p> <p>Durante esta etapa, usted pagará el costo total de sus medicamentos genéricos, de marca preferidos, de marca sin preferencia y especializados hasta llegar al deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$445</p> <p>Durante esta etapa, usted paga ningún costo compartido para medicamentos en el Nivel 5 (ciertos medicamentos de atención médica) y paga el costo total de los medicamentos en Nivel 1 (medicamentos genéricos), Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 3 (medicamentos de marca sin preferencia) y Nivel 4 (medicamentos especializados) hasta llegar a su deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$480</p> <p>Durante esta etapa, usted paga ningún costo compartido para medicamentos en el Nivel 5 (ciertos medicamentos de atención médica) y paga el costo total de los medicamentos en Nivel 1 (medicamentos genéricos), Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 3 (medicamentos de marca sin preferencia) y Nivel 4 (medicamentos especializados) hasta llegar a su deducible anual.</p>

Cambios a su costo compartido en la Etapa de Cobertura Inicial

Para ver cómo funcionan los copagos y coseguros, mire el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos de bolsillo que podría pagar por medicamentos bajo receta* en su *Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (el año que viene)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, usted 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 es esta hilera son para un suministro de un mes (30 días) cuando usted surte su receta en una farmacia de la red que provee un costo compartido estándar. Para información sobre los costos para un suministro de largo plazo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel para ciertos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, por favor búsquelos en la Lista de Medicamentos.</p>	<p>Su costo para suministro de un mes en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos (Nivel 1): Usted paga el 15% del costo total.</p> <p>Medicamentos de marca comercial preferidos (Nivel 2): Usted paga el 15% del costo total.</p> <p>Medicamentos de marca comercial sin preferencia (Nivel 3): Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Medicamentos especializados (Nivel 4): Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Ciertos medicamentos de atención médica (Nivel 5): Usted paga 0% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales llegan \$4,130, usted pasará a la próxima etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura).</p>	<p>Su costo para suministro de un mes en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos (Nivel 1): Usted paga el 15% del costo total.</p> <p>Medicamentos de marca comercial preferidos (Nivel 2): Usted paga el 15% del costo total.</p> <p>Medicamentos de marca comercial sin preferencia (Nivel 3): Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Medicamentos especializados (Nivel 4): Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Ciertos medicamentos de atención médica (Nivel 5): Usted paga 0% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales llegan a \$4,430, usted pasará a la próxima etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura).</p>

Cambios a las Etapas de Brecha de Cobertura y Catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de Brecha de Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica, son para personas con gastos elevados de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa de Brecha de Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica.** Para información sobre los costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Decidiendo qué plan elegir

Sección 2.1 — Si quiere permanecer en PHP

Para permanecer en nuestro plan, usted no necesita hacer nada. Si usted no se inscribe para un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, usted será automáticamente inscrito en PHP.

Sección 2.2 — Si quiere cambiar de plan

Nosotros esperamos conservarlo como miembro el año que viene, pero si quiere cambiar para 2022, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

- Usted puede unirse a un plan médico diferente de Medicare a tiempo,
- -- o-- Puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, necesitará decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, por favor vea la Sección 1.1 sobre la posible penalidad por inscripción tardía en la Parte D.

Para informarse más sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2022*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico en su estado (vea la Sección 4) o llame a Medicare (vea la Sección 6.2).

Usted también puede encontrar información sobre planes en su área usando el Buscador de Planes de Medicare en el sitio Web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí usted puede buscar información de costos, cobertura e índices de calidad para los planes de Medicare.**

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a un **plan médico diferente de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Usted será dado automáticamente de baja de PHP.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos bajo receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente será dado de baja de PHP.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos bajo receta**, usted debe usar una de estas opciones:
 - Envíenos una solicitud escrita para que le demos de baja. Contacte a Servicios para Miembros si necesita más información de cómo hacer esto (los números de teléfono están en la Sección 6.1 de este manual).
 - – o – Contacte a **Medicare** en el teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pida que le den de baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo máximo para cambiar de planes

Si quiere cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original para el año que viene, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor en el 1° de enero de 2022.

¿Hay otros momentos del año para hacer cambios?

En ciertas situaciones, los cambios también se permiten en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, quienes reciben "Ayuda Adicional" para el pago de sus medicamentos, quienes tienen o dejan la cobertura del empleador, y quienes se mudan fuera del área de servicio podrían ser autorizados a hacer un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, vea el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cobertura*.

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

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoría gratis sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno con asesores entrenados en cada estado. En California, el programa SHIP se llama Programa del Departamento de California de Asesoría y Defensa de Seguro Médico (HICAP).

El programa HICAP es un plan independiente (no está conectado con ninguna compañía aseguradora ni plan médico). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoría local **gratuita** acerca de seguros médicos a personas con Medicare. Los asesores del programa HICAP pueden ayudarlo con preguntas o problemas vinculados a Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones con los planes de Medicare y responder preguntas acerca de cambiar de plan. Usted puede llamar al programa HICAP al 1-800-434-0222. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede informarse más sobre el Programa HICAP visitando su sitio web (www.aging.ca.gov/hicap).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos bajo receta

Usted podría calificar para recibir ayuda en el pago de medicamentos bajo receta.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían calificar para “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos bajo receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos bajo receta, los deducibles anuales y el coseguro. Adicionalmente, quienes califican no tendrán una brecha de cobertura ni penalidad por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para ver si usted califica, llame a:
 - 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.
 - La Oficina de Seguro Social en el teléfono 1-800-772-1213 entre las 7 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia con el Costo Compartido de Medicamentos para Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)

ayuda a asegurar que personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos de VIH que pueden salvar la vida. Las personas deben cumplir con cierto criterio, incluyendo comprobante de residencia estatal y condición VIH, bajos ingresos según lo define el estado y nivel de persona sin seguro o poco seguro. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para asistencia de costo compartido de recetas a través del Departamento de Salud Pública de California, Oficina de AIDS. Para más información sobre el criterio de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, por favor llame al Centro de Llamadas de ADAP al (844) 421-7050, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

SECCIÓN 6 ¿Alguna pregunta?

Sección 6.1 — Obteniendo ayuda de PHP

¿Alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarlo. Por favor llame a Servicios para Miembros al teléfono (800) 263-0067 (TTY solamente, llamen al 711). Estamos disponibles para atender llamadas de teléfono desde las 8:00 a.m. a las 8:00 p.m., los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura 2022* (tiene detalles sobre costos y beneficios del año que viene)

Esta *Notificación de Cambios Anuales* le presenta un resumen de los cambios en sus costos y beneficios para 2022. Para conocer los detalles, busque en la *Evidencia de Cobertura 2022* para PHP. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Este documento explica sus derechos y las reglas que necesita seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos bajo receta. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.php-ca.org/for-members/espanol. Usted también puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio Web

También puede visitar nuestro sitio web www.php-ca.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 — Obteniendo 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). Este sitio tiene información sobre costos, cobertura e índices de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare. Usted puede encontrar información sobre planes disponibles en su área usando el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2022*

Usted puede leer el manual *Medicare y Usted 2022*. Cada año en el otoño, este manual se envía a personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y protecciones, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.