



Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) *ofrecido por* Bright Health

Aviso anual de cambios para 2021

Actualmente, usted está inscrito como miembro de *Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP)*. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

- Verifique los cambios en el folleto correspondientes a nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si se aplican a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Los medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido distinto?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos para 2021 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado con respecto al año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto

- puede ahorrarle costos anuales de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices). Estos cuadros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos por año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.

- ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que consulta regularmente, se encuentran en nuestra red?
- ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
- Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

Piense acerca de los costos de atención médica generales.

- ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
- ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
- ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** conozca otras opciones de planes

Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.

- Use la función de búsqueda personalizada Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
- Revise la lista en la contraportada del manual Medicare y usted (*Medicare & You*).
- Consulte la Sección 2.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, permanecerá inscrito en Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP).
- Si desea **cambiarse a un plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Consulte la Sección 2.2, en la página 12, para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

4. INSCRÍBASE: para cambiarse de plan, inscríbase en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, permanecerá inscrito en Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP).
- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número del Departamento de Servicios para Miembros al (844) 221-7736. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios de atención son desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo: de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excepto feriados nacionales. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excepto feriados nacionales.
- Este documento puede estar disponible en formatos alternativos como braille, tamaño de letra grande o audio.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de *Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP)*

- Los planes de Bright Health son planes de organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) y organizaciones de proveedores preferidos (PPO) con un contrato con Medicare. El plan New York D-SNP de Bright Health es un plan HMO con un contrato con Medicare y un Acuerdo de Coordinación de Beneficios con el Departamento de Salud del estado de Nueva York. Nuestros planes se ofrecen a través de Bright Health Insurance Company o una de sus empresas afiliadas. Bright Health Insurance Company es una empresa de seguros de vida y salud de Colorado que ofrece productos de indemnidad, incluidos los planes de organizaciones de proveedores exclusivos (EPO) que se ofrecen a través de Medicare Advantage. Un EPO es un plan de organizaciones de proveedores exclusivos que puede suscribirse con una licencia de HMO en algunos estados y con una licencia de seguro de vida y salud en otros estados, incluido Colorado. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a *Bright Health*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a *Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP)*.

Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y 2021 para Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en brighthouseplan.com/medicare-advantage. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*. Si es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por su deducible, consultas en el consultorio del médico y hospitalizaciones.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Deducible	\$0 Si es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.	\$0 Si es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta. Consultas a especialistas: copago de \$0 por consulta.	Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta. Consultas a especialistas: copago de \$0 por consulta.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye servicios hospitalarios para cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p>	<p>Copago de \$0 por día para los días 1 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por 60 días adicionales de reserva de por vida.</p>	<p>Copago de \$0 por día para los días 1 al 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por 60 días adicionales de reserva de por vida.</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p><i>(Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</i></p>	<p>Deducible: su monto de deducible será \$0 o \$89, en función del nivel de “Ayuda adicional” que reciba (lea el encarte que le enviamos por separado, la “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos) su monto de costo compartido es \$3.60, \$1.30, \$0 o el 15 %.</p> <p>Para todos los demás medicamentos cubiertos, su costo compartido es \$8.95, \$3.90, \$0 o el 15 %, en función del monto de “Ayuda adicional” que reciba.</p>	<p>Deducible: su monto de deducible será \$0 o \$92, en función del nivel de “Ayuda adicional” que reciba (lea el encarte que le enviamos por separado, la “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos) su monto de costo compartido es \$3.70, \$1.30, \$0 o el 15 %.</p> <p>Para todos los demás medicamentos cubiertos, su costo compartido es \$9.20, \$4.00, \$0 o el 15 %, en función del monto de “Ayuda adicional” que reciba.</p>

Aviso anual de cambios para 2021

Índice

Resumen de costos importantes para 2021	1
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	4
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	4
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores.....	5
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias	5
Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	6
Sección 1.6: Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	7
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	10
Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en <i>Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP)</i>	10
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan	10
SECCIÓN 3 Cambio de plan.....	11
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	12
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	13
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	14
Sección 6.1: Cómo recibir ayuda de <i>Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP)</i>	14
Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare	14
Sección 6.3: Cómo recibir ayuda de Medicaid	15

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

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

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

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo	\$6,700.	\$7,550.
Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros llegan a este máximo que pagan de su bolsillo.		Una vez que pagó \$7,550 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, por lo general, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.
Si es elegible para recibir asistencia de Medicaid con los copagos de la Parte A y la Parte B, usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.		
Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.		

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

Hemos hecho cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web brighthouseplan.com/medicare-advantage, se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2021 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

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

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

Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias

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

Nuestra red ha cambiado más que de costumbre para 2021. En nuestro sitio web brighthouseplan.com/medicare-advantage, se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio

de farmacias. Le recomendamos que revise nuestro Directorio de farmacias vigente para verificar si su farmacia aún se encuentra en nuestra red.

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

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

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, de su *Evidencia de cobertura* de 2021. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos una Evidencia de cobertura.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Beneficio de comidas	Sin cobertura	Usted paga un copago de \$0. Es elegible para recibir tres comidas por día, según sea necesario, de acuerdo con el criterio de su coordinador de atención.
Artículos de venta libre (OTC)	Recibe una asignación de \$150 en una tarjeta de débito para artículos OTC todos los meses. Los fondos que no se utilicen vencerán al final de cada mes o al cancelar la inscripción en el plan.	Recibe una asignación de \$158 en una tarjeta de débito para artículos OTC todos los meses. Los fondos que no se utilicen vencerán al final de cada mes o al cancelar la inscripción en el plan.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Transporte de rutina	Copago de \$0 Transporte de rutina para hasta 24 viajes todos los años. Un viaje se considera un transporte de ida o vuelta en taxi, camioneta, transporte médico o servicios de viaje compartido a una ubicación relacionada con la salud aprobada por el plan.	Copago de \$0 Transporte de rutina para viajes ilimitados todos los años. Un viaje se considera un transporte de ida o vuelta en taxi, camioneta, transporte médico o servicios de viaje compartido a una ubicación relacionada con la salud aprobada por el plan.
Cobertura de emergencia a nivel mundial	Sin cobertura	Usted paga un copago de \$90. Hay un límite de beneficio de \$50,000.

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

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

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

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

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. Les recomendamos a los miembros actuales solicitar una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

- **Consultar a su médico (o persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento.

Si este año ha recibido una excepción al formulario para un medicamento, la solicitud de excepción al formulario se aprueba hasta la fecha indicada en la carta de aprobación. Solo se necesita una nueva solicitud de excepción al formulario si la fecha indicada en la carta ha vencido.

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

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

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le enviamos un encarte separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Debido a que recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este encarte antes del 30 de septiembre de 2020, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”.

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

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones

catastróficas. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Resumen de beneficios* de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Deducible: su monto de deducible será \$0 o \$89, en función del nivel de “Ayuda adicional” que reciba (lea el encarte que le enviamos por separado, la “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).	Deducible: su monto de deducible será \$0 o \$92, en función del nivel de “Ayuda adicional” que reciba (lea el encarte que le enviamos por separado, la “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

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

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial	Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares son de la siguiente forma:	Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares son de la siguiente forma:
Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.	Para los medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos) su monto de costo compartido es \$3.60, \$1.30, \$0 o el 15 %.	Para los medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos) su monto de costo compartido es \$3.70, \$1.30, \$0 o el 15 %.
Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i> .	Para todos los demás medicamentos cubiertos, su costo compartido es \$8.95, \$3.90, \$0 o el 15 %, en función del monto de	Para todos los demás medicamentos cubiertos, su costo compartido es \$9.20, \$4.00, \$0 o el 15 %, en función del monto de

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	“Ayuda adicional” que reciba.	“Ayuda adicional” que reciba.
	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,020, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).

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

La Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas son otras dos etapas de cobertura para medicamentos para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a ninguna de estas etapas.**

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

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en *Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP)*

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

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2021, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

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

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación Medicare y usted 2021 (*Medicare & You 2021*), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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

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

Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en *Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP)* se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en *Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP)* se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la Sección 6.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
 - *O bien*, puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

SECCIÓN 3 Cambio de plan

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 el 1 de enero de 2021.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar

sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa estatal de asistencia en seguros médicos (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva York, el SHIP se llama Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) de Nueva York.

El Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) de Nueva York es un programa independiente (no se relaciona con ninguna empresa aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) de Nueva York pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) de Nueva York al 1-800-701-0501. Puede obtener más información sobre el Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) de Nueva York visitando su sitio web <https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance>.

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de Medicaid de Nueva York, comuníquese con Medicaid de Nueva York al 1-800-541-2831, 711, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:45 p. m. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de Atención Administrada de Medicaid de Healthfirst®, comuníquese con el Departamento de Salud de Nueva York al 800-541-2831, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Pregunte cómo el inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare afecta la forma en que recibe la cobertura de Medicaid de Nueva York.

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

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

- “Ayuda adicional” de Medicare. Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en “Ayuda adicional”, también llamado Subsidio por bajos ingresos. Ayuda adicional paga algunas de sus primas de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguros. Como califica, usted no tiene un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre “Ayuda adicional”, llame a los siguientes números:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Nueva York cuenta con un programa denominado Cobertura de seguro farmacéutico para adultos mayores (EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 4 de este folleto). Visite también el sitio web https://health.ny.gov/health_care/epic/.
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) de Nueva York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1: Cómo recibir ayuda de *Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP)*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (844) 221-7736. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo: de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excepto feriados nacionales. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excepto feriados nacionales. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2021* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2021 para Bright Advantage Special Care (HMO D-SNP)*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios y medicamentos con receta cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en brighthouseplan.com/medicare-advantage. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en brighthouseplan.com/medicare-advantage. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud

de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para conocer más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea Medicare y usted 2021 (*Medicare & You 2021*)

Puede leer el manual Medicare y usted 2021 (*Medicare & You 2021*). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6.3: Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a Medicaid de Nueva York al 1-800-541-2831. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.