Bright Advantage (HMO) *ofrecido por* Bright Health

Aviso anual de cambios para 2021

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Bright Advantage (HMO). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa acerca de los cambios*.

- **Tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Cuáles cambios se aplican a usted

☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.

- Es importante que revise su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades para el año próximo.
- ¿Afectan los cambios los servicios que utiliza?
- Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

☐ Revise los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si lo afectan.

- ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
- ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
- ¿Tiene alguno de sus medicamentos restricciones, como necesitar de nuestra aprobación antes de que pueda surtir su receta?
- ¿Puede seguir acudiendo a las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
- Revise la Lista de medicamentos 2021 en la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

- Es posible que sus costos de medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico acerca de alternativas de costo más bajo que puedan estar disponibles para usted; esto puede permitirle ahorrar en sus costos de desembolso personal anual durante el año. Para obtener información adicional sobre precios de medicamentos, visite go.medicare.gov/drugprices. Estas tablas destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos año a año. Tenga en cuenta que su plan de beneficios determinará exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

☐ Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.

- ¿Están sus médicos, incluidos los especialistas que consulta regularmente, en nuestra red?
- ¿Qué sucede con los hospitales y otros proveedores a los que acude?
- Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

☐ Piense en los costos totales de atención médica.

- ¿Cuánto gastará de desembolso personal para los servicios y los medicamentos recetados que usa generalmente?
- ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
- ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

☐ Piense si está satisfecho con el plan.

2. COMPARE: Infórmese sobre otras opciones de planes

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

- Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web, en www.medicare.gov/plan-compare.
- Revise la lista al reverso de su manual Medicare y usted.
- Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.

☐ Cuando reduzca 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 une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, será inscrito en Bright Advantage (HMO).
- Para cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de planes entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

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

- Si no se une a otro plan antes del **7 de diciembre de** 2020, será inscrito en Bright Advantage (HMO).

- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021.** Automáticamente terminará su inscripción en el plan actual.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español sin costo.
- Comuníquese con nuestro número de Servicios al Miembro al (844) 221-7736 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo, de 8. a. m. a 8 p. m., hora local, excepto los días festivos federales. Los horarios del 1 de abril al 30 de septiembre son de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, excepto los días festivos federales.
- Este documento puede estar disponible en formatos alternativos, como Braille, letra grande o audio.
- **La cobertura en virtud de este plan califica como Cobertura de salud que califica (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Atención Asequible y Protección del Paciente (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Bright Advantage (HMO)

- Los planes de Bright Health son planes HMO y PPO con un contrato con Medicare. El plan D-SNP de New York 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 New York. Nuestros planes son emitidos a través de Bright Health Insurance Company o una de sus afiliadas. Bright Health Insurance Company es una compañía de seguros de vida y salud de Colorado que emite productos de indemnización, incluidos los planes EPO ofrecidos a través de Medicare Advantage. Una EPO es un plan de organización de proveedores exclusivos que puede estar registrada en una licencia HMO en algunos estados y en 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 en este folleto se dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Bright Health. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Bright Advantage (HMO).

Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y 2021 de Bright Advantage (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de cambios**. Hay una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web, en brighthealthplan.com/medicare-advantage. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitarnos que le enviemos por correo postal una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser más alta o más baja que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	$0	$0
Monto máximo de desembolso personal Esto es lo máximo que pagará de desembolso personal por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	$3,200	$4,900
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: $0 de copago por visita Visitas a especialistas: $25 de copago por visita	Visitas de atención primaria: $0 de copago por visita Visitas a especialistas: $0 de copago por visita
Estadías hospitalarias para pacientes hospitalizados Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios hospitalizados. La atención hospitalaria comienza el día en que usted es admitido	$175 de copago por día para los días 1 a 7 para atención hospitalaria cubierta por Medicare. $0 de copago por día para los días 8 a 90 para atención hospitalaria cubierta por Medicare.	$175 de copago por día para los días 1 a 7 para atención hospitalaria cubierta por Medicare. $0 de copago por día para los días 8 a 90 para atención hospitalaria cubierta por Medicare.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
formalmente en el hospital con una orden médica. El día antes de que sea dado de alta es su último día de hospitalización.	$0 de copago por días adicionales.	$0 de copago por días adicionales.
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).	Deducible: $0 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Nivel 1 de medicamentos: $0 • Nivel 2 de medicamentos: $8 • Nivel 3 de medicamentos: $47 • Nivel 4 de medicamentos: $100 • Nivel 5 de medicamentos: 33% • Nivel 6 de medicamentos: $0	Deducible: $0 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Nivel 1 de medicamentos: $0 • Nivel 2 de medicamentos: $8 • Nivel 3 de medicamentos: $47 • Nivel 4 de medicamentos: $100 • Nivel 5 de medicamentos: 33% • Nivel 6 de medicamentos: $0

Aviso anual de cambios para 2021
Índice

Resumen de costos importantes para 2021 1

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 4

Sección 1.1. Cambios en la prima mensual 4
Sección 1.2. Cambios en su monto máximo de desembolso personal 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 por servicios médicos 6
Sección 1.6. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D 9

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 12

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir 13

Sección 3.1. Si desea permanecer en Bright Advantage (HMO) 13
Sección 3.2. Si desea cambiar de plan 13

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de planes 14

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare 14

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar sus medicamentos recetados 15

SECCIÓN 7 ¿Preguntas? 15

Sección 7.1. Recibir ayuda de Bright Advantage (HMO) 15
Sección 7.2. Recibir ayuda de Medicare 16

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

Sección 1.1. Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual (Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	$0	$0
Cobertura dental integral 003	$17	$18

- Su prima mensual del plan será mayor si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D por estar sin otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada "cobertura acreditable") por 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que tenga que pagar un monto adicional por cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será menor si recibe "Ayuda adicional" con sus costos de medicamentos recetados. Consulte la Sección 6 acerca de la "Ayuda adicional" de Medicare.

Sección 1.2. Cambios en su monto máximo de desembolso personal

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto pagan de "desembolso personal" durante el año. Este límite se denomina "monto máximo de desembolso personal". Una vez que alcance este monto, generalmente no pagará nada por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Monto máximo de desembolso personal Sus costos por servicios cubiertos (como copagos) cuentan para su monto máximo de desembolso personal. Sus costos de medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de desembolso personal.	$3,200	$4,900 Una vez que haya pagado $4,900 de desembolso personal por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B 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. Puede encontrar un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web, en brighthealthplan.com/medicare-advantage. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada sobre proveedores o pedirnos que le enviemos un Directorio de proveedores por correo postal. **Revise el Directorio de proveedores 2021 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para proporcionarle un aviso con al menos 30 días de anticipación de que su proveedor está dejando nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para asegurarlo, 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 adecuadamente, tiene el derecho de presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si averigua que su médico o especialista dejarán el plan, comuníquese con nosotros para que lo ayudemos 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 recetados pueden depender de la farmacia a la que acuda. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *únicamente* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Puede encontrar un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web, en brighthealthplan.com/medicare-advantage. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada de los

proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias 2021 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Sección 1.5. Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos

Cambiaremos la cobertura de determinados servicios médicos el próximo año. La información a continuación describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*, en su *Evidencia de cobertura 2021*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Servicios adicionales de telemedicina	No cubierto	Usted paga $0 de copago por determinados servicios cubiertos.
Centro de cirugía ambulatoria	**Dentro de la red:** Usted paga $150 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Dentro de la red:** Usted paga $100 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios quiroprácticos	**Dentro de la red:** Usted paga $20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Dentro de la red:** Usted paga $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Atención de emergencia	**Dentro de la red:** Usted paga $120 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Dentro de la red:** Usted paga $90 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	**Dentro de la red:** Usted paga $175 de copago por día para los días 1 a 7 para atención hospitalaria cubierta por Medicare.	**Dentro de la red:** Usted paga $265 de copago por día para los días 1 a 7 para atención hospitalaria cubierta por Medicare.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Pruebas y procedimientos de diagnóstico cubiertos por Medicare	**Dentro de la red:** Usted paga $100 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Dentro de la red:** Usted paga de $0 hasta $100 de copago, según el nivel de servicio cubierto por Medicare.
Servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare	**Dentro de la red:** Usted paga de $25 hasta $100 de copago, según el nivel de servicio cubierto por Medicare.	**Dentro de la red:** Usted paga de $0 hasta $100 de copago, según el nivel de servicio cubierto por Medicare.
Servicios de observación cubiertos por Medicare	**Dentro de la red:** Usted paga $225 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Dentro de la red:** Usted paga $175 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de podiatría cubiertos por Medicare	**Dentro de la red:** Usted paga $25 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Dentro de la red:** Usted paga $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de especialidad de salud mental: Sesiones grupales cubiertas por Medicare	**Dentro de la red:** Usted paga $10 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Dentro de la red:** Usted paga $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de especialidad de salud mental: Sesiones individuales cubiertas por Medicare	**Dentro de la red:** Usted paga $40 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Dentro de la red:** Usted paga $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de terapia ocupacional	**Dentro de la red:** Usted paga $25 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Dentro de la red:** Usted paga $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	**Dentro de la red:** Usted paga $225 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Dentro de la red:** Usted paga $175 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Terapia física y terapia del habla	**Dentro de la red:** Usted paga $25 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Dentro de la red:** Usted paga $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de médico especialista	**Dentro de la red:** Usted paga $25 de copago.	**Dentro de la red:** Usted paga $0 de copago.
Servicios psiquiátricos: sesiones grupales	**Dentro de la red:** Usted paga $10 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Dentro de la red:** Usted paga $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios psiquiátricos: sesiones individuales	**Dentro de la red:** Usted paga $40 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Dentro de la red:** Usted paga $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Estadía cubierta por Medicare en un centro de enfermería especializada (SNF)	**Dentro de la red:** Usted paga $20 de copago por día para los días 1 a 20 por atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.	**Dentro de la red:** Usted paga $0 de copago por día para los días 1 a 20 por atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.
Servicios de transporte: a ubicaciones aprobadas por el plan	Usted paga $0 de copago por hasta 20 viajes de ida o vuelta aprobados por el plan, por año.	Usted paga $0 de copago por viajes de ida o vuelta ilimitados aprobados por el plan, por año.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Servicios necesarios de urgencia	**Dentro de la red:** Usted paga $30 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	**Dentro de la red:** Usted paga $0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Cobertura de emergencia en todo el mundo	No cubierto	Usted paga $90 de copago por cada servicio. Hay una asignación de $50,000.

Sección 1.6. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o "Lista de medicamentos". Una copia de nuestra Lista de medicamentos se proporciona por vía electrónica.

Hemos hecho cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para averiguar si tendrán alguna restricción.**

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

- **Colaborar con su médico (u otra persona que recete) y pedir al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **Alentamos a los miembros actuales** a que pidan una excepción antes del próximo año.
    - Para saber qué debe hacer para pedirnos 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 a Servicios al Miembro.
- **Colaborar con su médico (u otra persona que recete) para buscar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica.

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

(Para obtener más información acerca de cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2, de la Evidencia de cobertura). Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedir al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual.

Si ha obtenido una excepción al formulario para un medicamento este año, esta solicitud termina en la fecha que se incluye en su carta de aprobación. Únicamente se necesita una nueva solicitud de excepción al formulario si la fecha indicada en la carta ya ha pasado.

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

Cuando hacemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede colaborar con su médico (u otra persona que recete) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos según lo programado y proporcionaremos otra información para reflejar cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la Evidencia de cobertura).

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D podría no aplicarse a usted.** Le hemos enviado un documento separado llamado “Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que obtienen Ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados” (también conocida como “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que informa sobre sus costos de medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este documento al 30 de septiembre de 2020, llame a Servicios al Miembro y pida la “Cláusula LIS”.

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

La información a continuación muestra los cambios para el próximo año en las primeras dos etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanza las otras dos etapas: la Etapa de vacío de cobertura ni la Etapa de cobertura

catastrófica. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, busque en el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de cobertura*, que está en nuestro sitio web, en brighthealthplan.com/medicare-advantage. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitarnos que le enviemos por correo postal una *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, busque en el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos de desembolso personal que podrá pagar por medicamentos cubiertos,* en su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de los medicamentos y **usted paga su parte del costo.** Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que proporciona costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos por un suministro a largo plazo; en una farmacia de la red que ofrece costo compartido preferido; o para recetas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5, de su Evidencia de cobertura. Cambiamos el nivel para algunos de los medicamentos en nuestra Lista de	Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red: **Nivel 1: Genérico preferido:** Usted paga $0 por receta **Nivel 2: Genérico:** Usted paga $8 por receta **Nivel 3: De marca preferido:** Usted paga $47 por receta **Nivel 4: Medicamentos no preferidos:** Usted paga $100 por receta	Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red: **Nivel 1: Genérico preferido:** Usted paga $0 por receta **Nivel 2: Genérico:** Usted paga $8 por receta **Nivel 3: De marca preferido:** Usted paga $47 por receta **Nivel 4: Medicamentos no preferidos:** Usted paga $100 por receta

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
medicamentos. Para saber si sus medicamentos están en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	**Nivel 5: Nivel de especialidad:** Usted paga el 33% del costo total **Nivel 6: Medicamentos de atención selecta:** Usted paga $0 por receta Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los $4,020, usted pasará a la próxima etapa (la Etapa de vacío de cobertura).	**Nivel 5: Nivel de especialidad:** Usted paga el 33% del costo total **Nivel 6: Medicamentos de atención selecta:** Usted paga $0 por receta Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los $4,130, usted pasará a la próxima etapa (la Etapa de vacío de cobertura).

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

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (Etapa de ausencia de cobertura y Etapa de cobertura catastrófica) son para personas con costos altos en medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa de vacío de cobertura ni la Etapa de cobertura catastrófica**. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, busque en el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de cobertura.*

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de recetados de Medicare (cobertura de medicamentos mejorada). El monto que paga cuando surte una receta por estos medicamentos no cuenta para que usted califique para la Etapa de cobertura catastrófica. (La Etapa de cobertura catastrófica se describe en el Capítulo 6, Sección 7 de la Evidencia de cobertura). El formulario enumera los medicamentos que están cubiertos por nuestro plan.

Descripción	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Medicamentos excluidos por Medicare	No cubierto	Cubierto

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1. Si desea permanecer en Bright Advantage (HMO)

Para permanecer en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, automáticamente será inscrito en nuestro plan Bright Advantage (HMO).

Sección 3.2. Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2021, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente oportunamente;
- *O*-- Puede cambiar a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y usted 2021*, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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

Como recordatorio, Bright Health ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costo compartido.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Bright Advantage (HMO).
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados,** inscríbase en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Bright Advantage (HMO).

- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para que se cancele su inscripción. Comunicarse con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono figuran en la Sección 7.1 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de planes

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre.** El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2021.

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, los cambios también se pueden hacer en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellos que reciben "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura de un empleador, y aquellos que se mudan fuera del área de servicio podrán estar autorizadas para hacer un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3, de la *Evidencia de cobertura.*

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Medicare Original (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare), entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2, de la *Evidencia de cobertura.*

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en todos los estados. En Arizona, el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) de Arizona.

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) de Arizona es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento de seguro médico local **gratuito** a personas con Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) de Arizona pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Lo pueden ayudar a entender sus opciones dentro del plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) de Arizona al 1-800-432-4040. Usted puede obtener más información sobre el Programa de Estatal

de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) de Arizona si visita su sitio web (des.az.gov/services/aging-and- adult/state-health-insurance-assistance-program-ship).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar sus medicamentos recetados

Usted podría calificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados.

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrán calificar para recibir "Ayuda adicional" para pagar por los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podrá pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Además, quienes califiquen no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen las condiciones y ni siquiera lo saben. Para saber si 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 del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
    - la Oficina de Medicaid de su Estado (solicitudes).
- **Asistencia con el costo compartido de recetas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia con Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas que califican para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que pueden salvar vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el Estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el Estado, y estado de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para asistencia con el costo compartido a través del Programa de Asistencia con Medicamentos contra el SIDA (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-334-1540.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1. Recibir ayuda de Bright Advantage (HMO)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios al Miembro al (844) 221-7736. (Solo TTY, llame al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo, de 8. a. m. a 8 p. m., hora local, excepto los días festivos federales. Los horarios del 1 de abril al 30 de septiembre son de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, excepto los días festivos federales. Las llamadas a esos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura 2021* (contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para obtener detalles, busque en la *Evidencia de cobertura* 2021 de Bright Advantage (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, en brighthealthplan.com/medicare-advantage. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitarnos que le enviemos por correo postal una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web, en brighthealthplan.com/medicare-advantage. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2. Recibir 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre los costos, la cobertura y las clasificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área si usa el Buscador de Planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web de Medicare. (Para ver información sobre planes, ingrese a www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y usted 2021*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2021* . Cada año en otoño, este folleto se envía por correo postal a los beneficiarios de Medicare. Contiene un resumen de los beneficios de Medicare, sus derechos y protecciones, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.