



Bright Advantage Plus (HMO) *ofrecido por* Bright Health

Aviso anual de cambios para 2021

Actualmente, está inscrito como miembro de Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este documento describe los cambios.*

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

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 2.1 y 2.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el documento correspondientes a nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan.
 - ¿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 obtenerlo?
 - ¿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 2.6 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 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 sus propios costos de 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 2.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

Piense acerca de los costos generales de atención médica.

- ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
- ¿Cuánto gastará en su prima y 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 en el 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 4.2 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, será inscrito en Bright Advantage Plus (HMO).
- Si desea cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbese 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, será inscrito en Bright Advantage Plus (HMO).

- Si se inscribe en otro plan antes del **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

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

Acerca de Bright Advantage Plus (HMO)

- 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 documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Bright Health. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Bright Advantage Plus (HMO).

Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y 2021 para Bright Advantage Plus (HMO) 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 solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$67	\$41
* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.		
Monto máximo que paga de su bolsillo	De proveedores de la red: \$3,250	De proveedores de la red: \$3,250
Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).	De proveedores fuera de la red: Sin límites	De proveedores fuera de la red: No aplicable
Consultas en el consultorio del médico	Dentro de la red	Dentro de la red
	Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta.	Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta.
	Consultas a especialistas: Copago de \$20 por consulta.	Consultas a especialistas: Copago de \$10 por consulta.
	Fuera de la red	Fuera de la red
	Consultas de atención primaria: Coseguro del 30 % por consulta.	Consultas de atención primaria: Sin cobertura
	Consultas a especialistas: Coseguro del 30 % por consulta.	Consultas a especialistas: Sin cobertura

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de 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 \$195 por día por los días 1 a 5 para atención hospitalaria cubierta por Medicare. Copago de \$0 por día por los días 6 a 90 para atención hospitalaria cubierta por Medicare. Copago de \$0 por días adicionales.</p>	<p>Copago de \$195 por día por los días 1 a 5 para atención hospitalaria cubierta por Medicare. Copago de \$0 por día por los días 6 a 90 para atención hospitalaria cubierta por Medicare. Copago de \$0 por días adicionales.</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 • Medicamentos de Nivel 2: \$8 • Medicamentos de Nivel 3: \$47 • Medicamentos de Nivel 4: \$100 • Medicamentos de Nivel 5: 33 % • Medicamentos de Nivel 6: \$0 	<p>Deducible: \$0 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 • Medicamentos de Nivel 2: \$8 • Medicamentos de Nivel 3: \$47 • Medicamentos de Nivel 4: \$100 • Medicamentos de Nivel 5: 33 % • Medicamentos de Nivel 6: \$0

Aviso anual de cambios para 2021

Índice

Resumen de costos importantes para 2021	1
SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en Bright Advantage Plus (HMO) en 2021.....	4
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el año próximo	4
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual	4
Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	5
Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores.....	5
Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias.....	6
Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	7
Sección 2.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	10
SECCIÓN 3 Cambios administrativos	13
SECCIÓN 4 Decida qué plan elegir.....	13
Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en Bright Advantage Plus (HMO)	13
Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan	14
SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan.....	15
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	15
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	16
SECCIÓN 8 Preguntas	17
Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de Bright Advantage Plus (HMO)	17
Sección 8.2 – Obtenga ayuda de Medicare	17

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en Bright Advantage Plus (HMO) en 2021

El 1 de enero de 2021, Bright Health combinará Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS) con uno de nuestros planes, Bright Advantage Plus (HMO).

Si no cambia su cobertura de Medicare hasta el 7 de diciembre de 2020, lo inscribiremos automáticamente en Bright Advantage Plus (HMO). Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2021, obtendrá su cobertura médica y para medicamentos con receta a través de Bright Advantage Plus (HMO). Si lo desea, puede cambiarse a un plan de salud de Medicare distinto. También puede cambiarse a Original Medicare. Si desea cambiar de plan, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir Ayuda Adicional, quizás pueda cambiarse de plan en otros momentos.

La información incluida en este documento le indica las diferencias entre sus beneficios actuales en Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS) y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2021 como miembro de Bright Advantage Plus (HMO).

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el año próximo

Sección 2.1 – 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).	\$67	\$41
Dental integral 001	\$24	No aplicable

- Su prima mensual del plan será mayor si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea al menos equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será menor si recibe “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 acerca de la “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 2.2 – 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, en general, no pagará por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$3,250	\$3,250 Una vez que haya pagado \$3,250 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, ya no tendrá que pagar por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.
Monto máximo que paga de su bolsillo fuera de la red	Sin límites Como tiene un monto máximo que paga de su bolsillo ilimitado, continuará pagando los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de los proveedores fuera de la red durante el resto del año calendario luego de alcanzar el beneficio anual máximo de \$25,000.	No aplicable

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos realizado 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 solicitar 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 pertenece 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 dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

Sección 2.4 – 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.

Hemos realizado cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. 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 solicitar que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2021 para saber qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Cambiaremos nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura* de 2021.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Servicios de telesalud adicionales	Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 a \$20 según el servicio cubierto.	Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 a \$10 según el servicio cubierto.
Servicios de ambulancia - Ambulancia aérea cubierta por Medicare	Usted paga un copago de \$225 por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$250 por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de ambulancia - Beneficios de ambulancia terrestre cubierta por Medicare	Usted paga un copago de \$220 por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$225 por cada servicio cubierto por Medicare.
Examen físico anual	Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 30 % por cada servicio cubierto.	Fuera de la red: Sin cobertura
Dental integral	Usted paga un copago de \$0 hasta un coseguro del 50 % con un beneficio máximo de hasta \$1,500 para todos los servicios cubiertos dentro de la red cada año. Prima mensual adicional de \$24.	Dentro de la red: No hay asignación. Usted paga un copago de \$0 hasta un coseguro del 50 % con un beneficio máximo de hasta \$1,500 para todos los servicios cubiertos dentro de la red cada año. Sin prima adicional.
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	Dentro de la red: Usted paga un copago de \$125 por cada	Dentro de la red: Usted paga un copago de \$0 a \$250

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	servicio cubierto por Medicare.	según el servicio cubierto por Medicare.
Servicios de radiología de diagnóstico	Dentro de la red: Usted paga un copago de \$25 a \$125 según el servicio cubierto por Medicare.	Dentro de la red: Usted paga un copago de \$35 a \$250 por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de laboratorio	Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 30 % por cada servicio cubierto por Medicare.	Fuera de la red: Sin cobertura
Beneficio de comidas	Sin cobertura	Usted no pagará para acceder a este beneficio. Recibe 28 comidas después de cada alta por una hospitalización cubierta por Medicare.
Servicios especializados de salud mental - Sesiones grupales cubiertas por Medicare	Dentro de la red: Usted paga un copago de \$25 por cada servicio cubierto por Medicare.	Dentro de la red: Usted paga un copago de \$10 por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios especializados de salud mental - Sesiones individuales cubiertas por Medicare	Dentro de la red: Usted paga un copago de \$40 por cada servicio cubierto por Medicare.	Dentro de la red: Usted paga un copago de \$10 por cada servicio cubierto por Medicare.
Artículos de venta libre (Over-the-counter, OTC)	Hay una asignación de \$30 cada tres meses.	Hay una asignación de \$50 cada tres meses.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Servicios médicos de especialistas	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$20 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 30 % por cada servicio cubierto por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$10 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la red: Sin cobertura</p>
Servicios de atención médica primaria	<p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 30 % por cada servicio cubierto por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red: Sin cobertura</p>
Servicios de psiquiatría - Sesiones grupales	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$25 por cada servicio cubierto por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$10 por cada servicio cubierto por Medicare.</p>
Servicios de psiquiatría - Sesiones individuales	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$40 por cada servicio cubierto por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$10 por cada servicio cubierto por Medicare.</p>
Servicios de transporte - Ubicación autorizada por el plan	Sin cobertura	Usted paga un copago de \$0 por viajes ilimitados de ida o de vuelta autorizados por el plan cada año.
Cobertura de emergencia a nivel mundial	Sin cobertura	Usted paga un copago de \$120 por cada servicio. Hay un beneficio de asignación de \$50,000.
Servicios de radiología	<p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 30 % por</p>	<p>Fuera de la red: Sin cobertura</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
cada servicio cubierto por Medicare.		

Sección 2.6 – 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 proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos por vía 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:

- **Consulte a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicítele 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.
- **Consulte a su médico (u otra 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.

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

Si ha recibido una excepción al formulario para un medicamento este año, el pedido de la excepción al formulario se aprueba hasta la fecha indicada en la carta de aprobación. Necesita una nueva solicitud de excepción al formulario solamente si la fecha indicada en la carta ya pasó.

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan 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 lo planeado 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 aplicar en su caso.** Nosotros le enviamos un inserto 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. Si recibe “Ayuda Adicional” y no recibió este inserto para el 30 de septiembre de 2020, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros y solicite 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 la *Evidencia de cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web brighthouseplan.com/medicare-advantage. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del 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 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 en su Evidencia de cobertura.*

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila corresponden al suministro para un mes (30 días) cuando obtiene la receta de sus medicamentos en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo, en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido preferido o de medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura.</i></p>	<p>El costo por el suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: Medicamento genérico preferido: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: Medicamento genérico: Usted paga \$8 por receta.</p> <p>Nivel 3: Medicamento de marca preferido: Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Nivel 4: Medicamento no preferido: Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Nivel 5: Nivel de especialidad: Usted paga el 33 % del costo total.</p>	<p>El costo por el suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: Medicamento genérico preferido: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: Medicamento genérico: Usted paga \$8 por receta.</p> <p>Nivel 3: Medicamento de marca preferido: Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Nivel 4: Medicamento no preferido: Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Nivel 5: Nivel de especialidad: Usted paga el 33 % del costo total.</p>

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.	<p>Nivel 6: Medicamentos para atención específica:</p> <p>Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,020, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Nivel 6: Medicamentos para atención específica:</p> <p>Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

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

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que tienen costos altos en medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura ni a 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 *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre (cobertura para medicamentos mejorada). El monto que paga cuando obtiene un medicamento con receta para estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. (En la Sección 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*, se describe la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas). El formulario enumera los medicamentos cubiertos por nuestro plan.

Descripción	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Medicamentos excluidos de Medicare	Sin cobertura	Con cobertura

SECCIÓN 4 Decida qué plan elegir

Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en Bright Advantage Plus (HMO)

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 hasta el 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en Bright Advantage Plus (HMO).

Sección 4.2 – 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 oportunamente 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. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte Medicare y usted 2021 (*Medicare & You 2021*), llame a su programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área usando el 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.**

Como recordatorio, Bright Health ofrece otros planes de salud de Medicare.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. La inscripción en Bright Advantage Plus (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. La inscripción en Bright Advantage Plus (HMO) 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 Atención al Cliente (en la Sección 8.1 de este documento encontrará los números de teléfono).
 - *O* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar 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 la dejarán, y aquellos que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

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 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Colorado, el programa SHIP se llama Programa de Asistencia sobre Seguro Médico del Estado de Colorado (SHIP).

Este programa es 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 seguro médico, a nivel local y de forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del SHIP 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 comunicarse con el Programa de Asistencia sobre Seguro Médico del Estado de Colorado al 1-888-696-7213. Para obtener más información sobre el Programa de Asistencia sobre Seguro Médico del Estado de Colorado (SHIP), visite el sitio web (www.dora.colorado.gov/SHIP).

SECCIÓN 7 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.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y los coseguros. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:
 - 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.** Colorado cuenta con un programa denominado Colorado Bridging the Gap que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su programa estatal de asistencia sobre seguro médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 5 de este documento).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para este programa que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, como el comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y condición de no asegurado/seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia para Medicamentos del Estado de Ryan White (Ryan White State Drug Assistance Program, SDAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 303-692-2000.

SECCIÓN 8 Preguntas

Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de Bright Advantage Plus (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-221-7736. (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 los feriados nacionales. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, excepto los feriados nacionales. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2021* (describe en detalles 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 Plus (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en brighthouse.com/medicare-advantage. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en brighthouse.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 8.2 – Obtenga 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 usando el 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 documento 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 no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.