El Plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard VA (HMO) es Ofrecido por Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (Plan Standard VA)

Notificación Anual de Cambios para 2021

Usted está actualmente inscrito como miembro del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard VA. El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios de nuestro plan. En este folleto se le explican los cambios.

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

Qué debe hacer ahora

1. **Pregunte:** ¿Qué cambios aplicarán para usted?

   ☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.

   - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que cumpla sus necesidades el próximo año.
   - ¿Los cambios afectan los servicios que utiliza?
   - Consulte la Sección 1 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y los costos de nuestro plan.

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

   - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos?
   - ¿Sus medicamentos están en un nivel distinto y tienen un costo compartido diferente?
   - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como necesitar que lo aprobemos antes de surtir su receta médica?
   - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
   - Revise la Lista de Medicamentos de 2021 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

H2172_20_45SP_M
PBP 009
Aprobación OMB 0938-1051 (Vence: 31 de diciembre de 2021)

KAISER PERMANENTE®

- Es posible que los costos de sus medicamentos hayan subido desde el último año. Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto podría ahorrarle gastos de bolsillo a lo largo del año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite **go.medicare.gov/drugprices**. Estos tableros señalan a los fabricantes que han aumentado sus precios y también muestran más información sobre los precios de los medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán con precisión cuánto podrían cambiar los costos de sus medicamentos.

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

- ¿Sus médicos, incluidos los especialistas a los que acude con regularidad, están en nuestra red?
- ¿Y los hospitales y los demás proveedores que utiliza?
- Consulte la Sección 1.3 si desea obtener información sobre nuestro **Directorio de Proveedores**.

☐ Piense en sus costos generales de atención médica.

- ¿A cuánto equivaldrán sus gastos de bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que usa regularmente?
- ¿Cuánto gastará en su prima y sus deducibles?
- ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

☐ Piense en si está satisfecho con nuestro plan.

2. Compare: Obtenga más información sobre otras opciones de planes.

☐ Revise la cobertura y los costos del plan en su área.

- Use la función de búsqueda personalizada del 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**.
- Consulte la Sección 2.2 si desea información adicional sobre sus opciones.

☐ Una vez que delimite sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. Elija: Decida si quiere o no cambiar de plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, lo inscribirán en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard VA.
- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, puede cambiarse a **otro plan** que satisfaga mejor sus necesidades.

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 **inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020**, lo inscribirán en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard VA.

- Si se **inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. Se cancelará automáticamente su membresía de su plan actual.

Recursos adicionales

- Comuníquese al número de Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536** para mayor información. (Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
- Este documento está disponible en braille o letra grande; si lo necesita así, llame a Servicio a los Miembros.
- La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) y Protección del Paciente. Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en **www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families** para obtener más información.

Acerca del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard VA

- Kaiser Permanente es un plan de una HMO que tiene contrato con Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (Health Plan). Las palabras "plan" o "nuestro plan" se refieren a Kaiser Permanente Medicare Advantage.

Resumen de costos importantes para 2021

En la siguiente tabla se comparan los costos para 2020 y 2021 de nuestro plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard VA en varias áreas importantes. Tenga en cuenta que este solo es un resumen de los cambios. Encontrará una copia de la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web **kp.org/eocmasma**. También puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar que le enviemos la **Evidencia de Cobertura** por correo.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima podría ser superior o inferior a este monto. Consulte los detalles en la Sección 1.1.	**$25***	**$22***
Monto de gastos máximos de bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte los detalles en la Sección 1.2).	**$6,700**	**$6,900**
Visitas al consultorio médico	Consultas de atención primaria: **$5** por consulta. Consultas con un especialista: **$35** por consulta.	Consultas de atención primaria: **$5** por consulta. Consultas con un especialista: **$35** por consulta.
Hospitalizaciones Incluye atención de problemas médicos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en que es admitido formalmente a un hospital a petición de un médico. El día anterior al alta hospitalaria es el último día como paciente hospitalizado.	Por cada hospitalización, **$250** al día del día 1 al 5.	Por cada hospitalización, **$200** al día del día 1 al 5.

Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte los detalles en la Sección 1.6). Costo compartido preferido durante la Etapa de Cobertura Inicial (suministro de hasta 30 días)	Nivel de Medicamento 1: **$3** Nivel de Medicamento 2: **$12** Nivel de Medicamento 3: **$45** Nivel de Medicamento 4: **$100** Nivel de Medicamento 5: **33%** Nivel de Medicamento 6: **$0**	Nivel de Medicamento 1: **$3** Nivel de Medicamento 2: **$12** Nivel de Medicamento 3: **$45** Nivel de Medicamento 4: **$100** Nivel de Medicamento 5: **33%** Nivel de Medicamento 6: **$0**

Notificación Anual de Cambios para 2021

Índice

Resumen de costos importantes para 2021 4

Sección 1 — Cambios en los beneficios y costos del próximo año 7

Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual 7

Sección 1.2 – Cambios en el monto de gastos máximos de bolsillo 7

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores 8

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias 9

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos 9

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D 10

Sección 2 — Cómo decidir qué plan elegir 14

Sección 2.1 – Si desea quedarse con el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard VA 14

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan 14

Sección 3 — Fecha límite para cambiar de plan 15

Sección 4 — Programas que ofrecen asesoramiento sin costo sobre Medicare 15

Sección 5 — Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados 16

Sección 6 — ¿Tiene alguna pregunta? 16

Sección 6.1 – Recibir ayuda de nuestro plan 16

Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare 17

Sección 1 — Cambios en los beneficios y costos del próximo año

Sección 1.1 — Cambios a la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual sin beneficios suplementarios opcionales (También debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	**$25**	**$22**
Prima mensual con beneficios suplementarios opcionales Esta prima del plan solo se aplica en su caso si está inscrito para recibir nuestro paquete de beneficios suplementarios opcionales. (También debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	**$50**	**$47**

- Su prima mensual del plan será mayor si debe pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D de por vida por permanecer sin una cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada "cobertura acreditable") durante 63 días o más.
- Si sus ingresos son más altos, es posible que tenga que pagar directamente al gobierno un monto mensual adicional por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será menor si está recibiendo "Extra Help" con los costos de sus medicamentos recetados. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre "Extra Help" de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el monto de gastos máximos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare requiere que todos los planes de salud limiten el monto de "gastos de bolsillo" que usted paga durante el año. Este límite se llama "monto de gastos máximos de bolsillo". Cuando alcance este monto, por lo general, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (así como por otros servicios de atención médica que no cubre Medicare, según se describe en el Capítulo 4 de la **Evidencia de Cobertura**) el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Monto de gastos máximos de bolsillo Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para el monto de gastos máximos de bolsillo. La prima y los costos por medicamentos recetados de su plan no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo.	**$6,700**	**$6,900** Una vez que haya pagado $6,900 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B (así como por algunos servicios de atención para la salud que no cubre Medicare), no pagará nada por estos servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

El próximo año habrá cambios en nuestra red de proveedores. Puede encontrar un **Directorio de Proveedores** actualizado en nuestro sitio web en **kp.org/directory**. También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos un **Directorio de Proveedores** por correo. Revise el **Directorio de Proveedores** de 2021 para averiguar si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.

Es importante que sepa que es posible que en el transcurso del año cambiemos los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan. Existen diversos motivos por los cuales su proveedor podría dejar el plan, pero si su médico o especialista deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores podría cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso sin interrupciones a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible para notificarle con un mínimo de 30 días de anticipación que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si recibe tratamiento médico, tiene derecho a presentar una solicitud para que no se interrumpa el tratamiento necesario desde el punto de vista médico que está recibiendo; nosotros trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se ha administrado apropiadamente, tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista va a abandonar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un proveedor nuevo que administre su atención médica.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Es posible que los montos que paga por sus medicamentos recetados dependan de la farmacia que usted use. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, solo se cubren sus recetas médicas si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido que podrían ofrecerle un costo compartido menor que el costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red en algunos medicamentos.

El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. Puede encontrar un **Directorio de Farmacias** actualizado en nuestro sitio web, **kp.org/directory**. También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un **Directorio de Farmacias**. Consulte nuestro **Directorio de Farmacias** de 2021 para saber qué farmacias forman parte de nuestra red.

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

Cambiaremos nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el próximo año. Estos cambios se describen en la siguiente información. Para obtener 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 usted paga)" de la **Evidencia de Cobertura** de 2021.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Asignación de artículos para la visión por año calendario	Si los artículos para la visión que compra cuestan más de **$50**, usted paga la diferencia.	Si los artículos para la visión que compra cuestan más de **$100**, usted paga la diferencia.
Beneficio de acondicionamiento físico (Programa Silver&Fit® Healthy Aging and Exercise) El programa Silver&Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit® es una marca registrada a nivel federal de ASH y se utiliza con autorización en el presente documento.	Puede obtener uno de los siguientes: • Una membresía de gimnasio básica. • Dos kits de acondicionamiento físico en el hogar entre una variedad de kits.	Puede elegir todas o algunas de las siguientes opciones: • Membresía de gimnasio básica. • Dos kits de acondicionamiento físico en el hogar entre una variedad de kits. • Un kit "Manténgase en forma" para elegir entre varios kits. Algunos kits incluyen un monitor de actividad.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Atención para pacientes hospitalizados	Usted paga **$250** al día, del día 1 al 5 ($0 durante el resto de su hospitalización).	Usted paga **$200** al día, del día 1 al 5 ($0 durante el resto de su hospitalización).
Artículos de Venta Libre (OTC)	No está cubierto.	Recibe una asignación trimestral de **$50** para comprar artículos de OTC en la lista de nuestro catálogo. Si los artículos que compra en un trimestre exceden los $50, usted paga la diferencia. Nota: Hay cuatro trimestres en un año calendario y cada pedido debe ser de un total de por lo menos $20 (se requiere un pedido de un mínimo de $20). Puede ver el catálogo en **kp.org/otc/mas** o solicitar que se le envíe un catálogo impreso llamando al **1-833-881-1422** (TTY **711**), de 9 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes.
Medicare no cubre el equipo de fototerapia para uso en el hogar	No está cubierto.	Usted paga un coseguro de **20%** por el equipo de fototerapia para tratar las siguientes condiciones: linfoma cutáneo de células T, pitiriasis liquenoide crónica, prurigo y prurito recalcitrantes, liquen plano, eccema grave y vitiligo en ciertas circunstancias.

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 lista de medicamentos recetados disponibles o Lista de Medicamentos. Puede consultar una copia de nuestra Lista de Medicamentos en formato electrónico en **kp.org/seniorrx**.

Efectuamos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y averiguar si habrá restricciones.

Si se ve afectado por uno de los cambios en la cobertura de medicamentos, puede:

- Colaborar con su médico (u otro profesional que expida recetas) y pedirle al plan que haga una excepción para cubrir el medicamento. Les recomendamos a los miembros activos que soliciten una excepción antes del próximo año.
- Para obtener información sobre lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de la **Evidencia de Cobertura**, "Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)", o llame a Servicio a los Miembros.
- Trabajar con su médico (u otro profesional que expida recetas) para encontrar un medicamento diferente que cubramos. Puede llamar a Servicio a los Miembros y solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se usan para tratar la misma condición médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos recetados disponibles durante los primeros 90 días del año del plan o de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede recibir un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la **Evidencia de Cobertura**). Durante el tiempo que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debería hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Puede cambiar a otro medicamento con cobertura del plan o pedirle al plan que haga una excepción en su caso y que cubra su medicamento actual.

Nota: Ciertos medicamentos se eliminaron de nuestra Lista de Medicamentos de 2021. Si su medicamento se eliminó de la Lista de Medicamentos, puede hablar con su médico sobre otros medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos que funcionarán para usted. Si su médico determina que otros medicamentos no funcionarán para usted, usted o su médico pueden solicitar que se realice una excepción de la lista de medicamentos recetados disponibles. Si aprobamos su solicitud, para medicamentos de marca, usted pagará el costo compartido correspondiente a los medicamentos del Nivel 4 (de marca no preferida), o para los medicamentos genéricos, pagará el costo compartido correspondiente a los medicamentos del Nivel 2 (genéricos). Además, si aprobamos una excepción de la lista de medicamentos recetados disponibles para usted en 2020, usted o su médico deben solicitar una excepción de la lista de medicamentos recetados disponibles para 2021.

La mayoría de los cambios en nuestra Lista de Medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podemos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare a lo largo del año.

Cuando hagamos estos cambios durante el año a nuestra Lista de Medicamentos, usted puede seguir trabajando con su médico (u otro profesional que expida recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento. Asimismo, continuaremos actualizando nuestra Lista de Medicamentos en línea según lo previsto y proporcionando más información necesaria para reflejar los cambios a los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podríamos realizar a nuestra Lista de Medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la **Evidencia de Cobertura**).

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si participa en un programa que le ofrece ayuda para pagar sus medicamentos ("Extra Help"), la información de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted. Le enviamos un documento por separado, llamado "**Cláusula de la Evidencia de Cobertura para Quienes Reciben Extra Help para Pagar sus Medicamentos Recetados**" (también conocida como "Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos" o la "Cláusula LIS"), que incluye información sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe "Extra Help" y no ha recibido esta cláusula antes del 30 de septiembre de 2020, llame a Servicio a los Miembros y solicite la "Cláusula LIS".

Hay cuatro "etapas de pago de medicamentos". El monto que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentra. (Consulte la Sección 2 en el Capítulo 6 de su **Evidencia de Cobertura** para obtener más información sobre las etapas).

A continuación, se muestran los cambios para el próximo año de las dos primeras etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa de Periodo de Intervalo en la Cobertura o la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Para obtener información acerca de sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 en la **Evidencia de Cobertura**, que encontrará en nuestro sitio web en **kp.org/eocmasma**. También puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar que le enviemos una **Evidencia de Cobertura** por correo).

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de Deducible Anual	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pagos no se aplica en su caso.	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pagos no se aplica en su caso.

Cambios en su costo compartido en la Etapa de Cobertura Inicial

Para averiguar cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, "Tipos de gastos de bolsillo que paga por medicamentos cubiertos", de su **Evidencia de Cobertura**.

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial En esta etapa, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le corresponda y usted paga la suya. Los costos que aparecen en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando usted surte	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red: **Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos** • Costo compartido preferido: Usted paga **$3** por receta médica. • Costo compartido estándar: Usted paga **$10** por receta médica.	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red: **Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos** • Costo compartido preferido: Usted paga **$3** por receta médica. • Costo compartido estándar: Usted paga **$10** por receta médica.

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
su receta médica en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o sobre el envío por correo de medicamentos recetados, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la **Evidencia de Cobertura**. Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para verificar si sus medicamentos estarán en un nivel distinto, consulte la Lista de Medicamentos.	**Nivel 2: Medicamentos genéricos** • Costo compartido preferido: Usted paga **$12** por receta médica. • Costo compartido estándar: Usted paga **$20** por receta médica. **Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos** • Costo compartido preferido: Usted paga **$45** por receta médica. • Costo compartido estándar: Usted paga **$47** por receta médica. **Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos** • Usted paga **$100** por receta médica. **Nivel 5: Medicamentos especializados** • Usted paga el **33%** del costo total. **Nivel 6: Vacunas inyectables de la Parte D** • Usted paga **$0** por receta médica. En cuanto sus costos totales por medicamentos alcancen los **$4,020**, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura).	**Nivel 2: Medicamentos genéricos** • Costo compartido preferido: Usted paga **$12** por receta médica. • Costo compartido estándar: Usted paga **$20** por receta médica. **Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos** • Costo compartido preferido: Usted paga **$45** por receta médica. • Costo compartido estándar: Usted paga **$47** por receta médica. **Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos** • Usted paga **$100** por receta médica. **Nivel 5: Medicamentos especializados** • Usted paga el **33%** del costo total. **Nivel 6: Vacunas inyectables de la Parte D** • Usted paga **$0** por receta médica. En cuanto sus costos totales por medicamentos alcancen los **$4,130**, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura).

Cambios en las Etapas del Periodo de Intervalo en la Cobertura y de Cobertura para Catástrofes

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura y la Etapa de Cobertura para Catástrofes) son para personas con costos altos de medicamentos. La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del Periodo de Intervalo en la

Cobertura o la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Si desea información acerca de sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 en su **Evidencia de Cobertura**.

Sección 2 — Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea quedarse con el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard VA

No necesita hacer nada si desea quedarse en nuestro plan. Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, seguirá inscrito automáticamente en nuestro plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard VA para 2021.

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si desea cambiarse en 2021, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente de manera oportuna.
- O puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre una posible penalización por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual **Medicare y Usted** 2021, comuníquese con el personal del State Health Insurance Assistance Program de su área (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área utilizando el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite **www.medicare.gov/plan-compare**. Ahí encontrará información sobre los costos, la cobertura y las clasificaciones del nivel de calidad de los planes de Medicare.

Como recordatorio, Kaiser Permanente ofrece otros planes de salud de Medicare. Dichos planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Si desea cambiarse a otro plan de salud de Medicare, inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su membresía en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard VA.
- Si desea cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados, inscríbase en el plan nuevo de medicamentos. Se cancelará automáticamente su membresía en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard VA.

- Si desea cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados, puede:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su membresía. Comuníquese con Servicio a los Miembros si necesita información adicional sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6.1 de este folleto).
  - O comunicarse con **Medicare** al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicitar que se cancele su membresía. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 3 — Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo entre el 15 de octubre y 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 ciertas situaciones, se permiten cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, se permite hacer cambios en otros momentos del año a las personas que tienen Medicaid, las que reciben "Extra Help" para pagar sus medicamentos, las que tienen o están abandonando la cobertura de un empleador y las que se mudan fuera del área de servicio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la **Evidencia de Cobertura**.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage antes del 1 de enero de 2021 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o a Original Medicare (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 la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la **Evidencia de Cobertura**.

Sección 4 — Programas que ofrecen asesoramiento sin costo sobre Medicare

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En Virginia, el SHIP se llama Virginia Insurance Counseling and Assistance Program.

El Virginia Insurance Counseling and Assistance Program es un programa independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que obtiene financiamiento del gobierno federal y que ofrece asesoramiento local sin costo sobre seguros médicos a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Virginia Insurance Counseling and Assistance Program pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y contestar sus preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar al Virginia Insurance Counseling and Assistance Program al **1-804-662-9333** o a la línea telefónica gratuita **1-800-552-3402** (TTY **711**).

Sección 5 — Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted podría reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, mencionamos diversos tipos de ayuda:

- **"Extra Help" de Medicare**. Es posible que las personas con ingresos bajos reúnan los requisitos para obtener "Extra Help" para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no tendrán un periodo de intervalo en la cobertura ni penalización por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para saber si reúne los requisitos, 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 lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778** (solicitudes); o
  - A su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia con el Costo Compartido de las Recetas Médicas para las Personas con VIH o SIDA.** El AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ayuda a garantizar que las personas con VIH o SIDA que califican para el ADAP tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Estas personas deben cumplir ciertos requisitos, incluida una prueba de residencia en el estado y de VIH; contar con bajos ingresos, de acuerdo con la definición del estado; y no tener seguro o tener una cobertura insuficiente. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también cubre el ADAP califican para la asistencia con el costo compartido de los medicamentos recetados por medio del **ADAP de Virginia.** Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al **1-855-362-0658**.

Sección 6 — ¿Tiene alguna pregunta?

Sección 6.1 — Recibir ayuda de nuestro plan

¿Tiene alguna pregunta? Estamos listos para ayudarle. Llame a Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536**. (Únicamente los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números no tienen costo.

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

Esta **Notificación Anual de Cambios** le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Si desea obtener los detalles, consulte la **Evidencia de Cobertura** de 2021 de nuestro plan. La **Evidencia de Cobertura** es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para recibir servicios cubiertos y obtener medicamentos recetados.

Encontrará una copia de la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web **kp.org/eocmasma**. También puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar que le enviemos una **Evidencia de Cobertura** por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web **kp.org**. Como recordatorio, nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (**Directorio de Proveedores**) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Lista de Medicamentos Recetados Disponibles/ Lista de Medicamentos).

Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**
  - Puede llamar al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- **Visite el sitio web de Medicare**
  - También puede visitar el sitio web de Medicare (**www.medicare.gov**). Contiene información sobre el costo, la cobertura y las clasificaciones del nivel de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el Buscador de Planes de Medicare, que se encuentra en el sitio web de Medicare. (Para ver información sobre los planes, visite **www.medicare.gov/plan-compare**).
- **Lea el manual Medicare y Usted 2021**
  - Puede leer el manual **Medicare y Usted** 2021. Este folleto se envía por correo anualmente en otoño a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare y responde las preguntas más comunes sobre Medicare. Si no tiene un ejemplar de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (**http://www.medicare.gov**) o llamando al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

KAISER PERMANENTE®

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente Medicare Advantage

MÉTODO	Servicio a los Miembros: información de contacto
LLAME AL	**1-888-777-5536** Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
ESCRIBA A	Kaiser Permanente Member Services 2101 East Jefferson Street Rockville, Maryland 20852
SITIO WEB	**kp.org**