

Aviso anual de cambios para el 2021

Actualmente usted está inscrito como miembro de *Devoted Health Palm Beach (HMO)*. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan.. *Este folleto informa sobre los cambios.*

Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios a su cobertura de Medicare el próximo año.

¿Qué hacer ahora?

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican a usted?

- Revise los cambios a nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que satisface sus necesidades para el próximo año.
 - ¿Los servicios que usted usa se ven afectados por los cambios?
 - Vea en la Sección 2 para obtener información sobre cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

- Revise los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos con receta para ver si le afectan.
 - ¿Sus medicamentos estarán cubiertos?
 - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con costos compartidos diferentes?
 - ¿Hay restricciones nuevas para cualquiera de sus medicamentos como, por ejemplo, necesidad de aprobación de nosotros antes de poder surtir su receta?
 - ¿Puede continuar usando la misma farmacia? ¿Hay cambios al costo por utilizar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos del 2021 y consulte la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios a nuestra cobertura de medicamentos.
 - Puede que los costos de sus medicamentos hayan aumentado en el último año. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pudieran estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos de desembolso anual durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de medicamentos visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices). Estos registros resaltan los fabricantes que han estado incrementando sus precios y además muestran otras informaciones sobre los precios de los medicamentos año tras año. Considere que los beneficios de su plan determinarán con exactitud cuánto más pudieran cambiar los precios de sus medicamentos.

- Revise para conocer si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos, incluyendo especialistas que visita con regularidad, en la red?

- ¿Y los hospitales y otros proveedores que usted visite?
- Vea la Sección 2.3 para obtener información sobre nuestros Directorios de proveedores.

Piense en sus costos generales por atención médica.

- ¿Cuánto gastará de desembolso personal por los servicios y medicamentos con receta que usa regularmente?
- ¿Cuánto gastará en primas y deducibles?
- ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está contento con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Conozca sobre otras opciones de planes.

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

- Utilice la opción de búsqueda personalizada en el Localizador de planes de Medicare en el sitio www.medicare.gov/plan-compare-website
- Revise la lista en la última parte de su Manual de Medicare y Usted.
- Vea la Sección 3.2 para conocer más sobre sus opciones.

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

3. **SELECCIONE:** Decida si quiere cambiar su plan.

- Si no se suscribe a otro plan para el 7 de diciembre de 2020, usted será inscrito en el Devoted Health Core Palm Beach (HMO).
- Para cambiarse a un **plan diferente** que mejor satisface sus necesidades, puede hacerlo del 15 de octubre al 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de planes, inscríbese al plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**

- Si no se inscribe a otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, usted permanecerá en *Devoted Health Core Palm Beach (HMO)*.
- 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 de manera automática la inscripción en su plan actual.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en inglés y español sin cargo.

Póngase en contacto con Servicios para Miembros al 1-800-DEVOTED (1-800-338- 6833) para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) El horario es de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana desde el 1 de octubre al 31 de marzo; y de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes desde el 1 de abril al 30 de septiembre.

- Si necesita información en un idioma o un formato diferente (como Braille o letra grande), o necesita ayuda para cualquier asunto, llámenos al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833) TTY 711.
- **La cobertura bajo este Plan califica como Cobertura médica calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y satisface los requisitos de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de *Devoted Health Core Palm Beach (HMO)*

- Devoted Health es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Devoted Health depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto hace referencia a “nosotros” o “nuestro” significa *Devoted Health*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa *Devoted Health Core Palm Beach (HMO)*.

H1290_21M181_M CMS Approved 9/12/2020

Resumen de costos importantes para el 2021

La tabla de abajo compara los costos del 2020 y del 2021 para el *Devoted Health Core Palm Beach (HMO)* en varias áreas de importancia. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de cobertura* está disponible en nuestro sitio web en www.devoted.com. También puede llamar a Servicios para miembros y pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--|---|---|
| Prima mensual del plan* | \$0 | \$0 |
| * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Vea la Sección 2.1 para obtener más detalles. | | |
| Monto máximo de desembolso personal | \$3,400 | \$3,400 |
| Este el monto <u>mayor</u> que pagará de desembolso personal por su cobertura de los servicios de la Parte A y la Parte B. (Vea la sección 2.2 para obtener más detalles.) | | |
| Visitas al consultorio médico | Visitas de cuidado primario: \$0 de copago por visita | Visitas de cuidado primario: \$0 de copago por visita |
| | Visitas al especialista: \$10 de copago por visita | Visitas al especialista: \$10 de copago por visita |
| Estadía en hospital para paciente internado | Del día 1 al 9 \$50 de copago por día | Del día 1 al 9 \$50 de copago por día |
| Incluye paciente internado en estado agudo, rehabilitación del paciente internado, cuidado hospitalario de largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención del paciente internado comienza el día que formalmente es admitido al hospital con una orden médica. El día antes de recibir el alta médica es su último día como paciente internado. | Día 10+ \$0 de copago | Día 10+ \$0 de copago |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--|---|---|
| <p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</p> | <p>Deducible: \$0</p> | <p>Deducible: \$0</p> |
| <p>(Ver Sección 2.6 para obtener más detalles).</p> | <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> | <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> |
| | <p>Nivel de medicamento 1: \$0 por receta en una farmacia minorista por un suministro de 30 días.</p> | <p>Nivel de medicamento 1: \$0 por receta en una farmacia minorista por un suministro de 30 días.</p> |
| | <p>\$0 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro de 90 días.</p> | <p>\$0 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro de 100 días.</p> |
| | <p>Nivel de medicamento 2: \$0 por receta en una farmacia minorista por un suministro de 30 días.</p> | <p>Nivel de medicamento 2: \$0 por receta en una farmacia minorista por un suministro de 30 días.</p> |
| | <p>\$0 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro de 90 días.</p> | <p>\$0 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro de 100 días.</p> |
| | <p>Nivel de medicamento 3: \$20 por receta en una farmacia minorista por un suministro de 30 días.</p> | <p>Nivel de medicamento 3: \$20 por receta en una farmacia minorista por un suministro de 30 días.</p> |
| | <p>\$40 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro de 90 días.</p> | <p>\$50 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro de 100 días.</p> |
| | <p>Nivel de medicamento 4: \$95 por receta en una farmacia minorista por un suministro de 30 días.</p> | <p>Nivel de medicamento 4: \$95 por receta en una farmacia minorista por un suministro de 30 días.</p> |
| | <p>\$285 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro de 90 días.</p> | <p>\$285 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro de 100 días.</p> |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--------------|---|--|
| | <p>Nivel de medicamento 5: 33% del total de los costos en una farmacia minorista por un suministro de 30 días.</p> | <p>Nivel de medicamento 5: 33% del total de los costos en una farmacia minorista por un suministro de 30 días.</p> <p>Usted paga \$0 por concepto de insulinas seleccionadas.</p> <p>Para saber cuáles medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos que le proporcionamos por vía electrónica. Si tiene preguntas acerca de la Lista de medicamentos, también puede llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono Servicios para miembros se encuentran impresos en la contratapa de este folleto).</p> |

Aviso anual de cambios para el 2021

Tabla de contenidos

| | |
|--|-----------|
| Resumen de costos importantes para el 2021 | 4 |
| SECCIÓN 1 El nombre del plan va a cambiar | 8 |
| SECCIÓN 2 Cambios a los beneficios y costos para el próximo año | 8 |
| Sección 2.1 Cambios a la prima mensual..... | 8 |
| Sección 2.2 Cambios a su monto máximo de desembolso personal..... | 8 |
| Sección 2.3 Cambios a la red de proveedores..... | 9 |
| Sección 2.4 Cambios a la red de farmacias..... | 10 |
| Sección 2.5 Cambios a los beneficios y costos por servicios médicos..... | 10 |
| Sección 2.6 Cambios a la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D..... | 20 |
| SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan escoger | 23 |
| Sección 3.1 Si quiere permanecer en Devoted Health Core Palm Beach (HMO)..... | 23 |
| Sección 3.2 Si quiere cambiar de planes..... | 23 |
| SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de planes | 24 |
| SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare | 24 |
| SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta | 25 |
| SECCIÓN 7 ¿Preguntas? | 25 |
| Sección 7.1 Cómo obtener ayuda de Devoted Health Core Palm Beach (HMO)..... | 25 |
| Sección 7.2 Cómo obtener ayuda de Medicare..... | 26 |

Sección 1 El nombre del plan va a cambiar

El 1 de enero del 2021, el nombre de nuestro plan cambiará de Devoted Health Palm Beach (HMO) a Devoted Health Core Palm Beach (HMO)

Recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro por correo postal. Devoted Health Core Palm Beach (HMO) comenzará a enviar por correo las nuevas tarjetas de identificación 2021 a principios de noviembre del 2020 y continuará haciéndolo durante diciembre del 2020.

Sección 2 Cambios a los beneficios y costos para el próximo año

Sección 2.1 – Cambios a la prima mensual

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

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por haber estado sin otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura válida”) por 63 días o más.
- Si usted tiene un ingreso mayor, pudiera tener que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor*, si usted recibe “Ayuda adicional” con sus costos de medicamentos con receta. Consulte la sección 6 referente a “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 2.2 – Cambios a su monto máximo de desembolso personal

Para protegerle, Medicare requiere que todos los planes de salud limiten la cantidad a pagar de “desembolso personal” durante el año. Este límite se llama “monto máximo de desembolso personal”. Una vez que alcance este monto, por lo general no paga más por los servicios de la Parte A y Parte B cubiertos el resto del año.

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|---|-----------------|--|
| Monto máximo de desembolso personal | \$3,400 | \$3,400 |
| Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto máximo de desembolso personal. Sus costos por medicamentos con receta no cuentan para su monto máximo de desembolso personal. | | Una vez que haya pagado \$3,400 de desembolso personal por los servicios de la Parte A y Parte B cubiertos, no pagará más por sus servicios de la Parte A y Parte B cubiertos el resto del año calendario. |

Sección 2.3 – Cambios a la red de proveedores

Habrán cambios en nuestra red de proveedores el próximo año. Un Directorio de proveedores actualizado está disponible en nuestro sitio web en www.devoted.com. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada de proveedores y farmacias o para solicitar que se le envíe por correo un Directorio de proveedores y farmacias. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de Devoted Health de 2021 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que pudiéramos hacer cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay un número de razones por las que su proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista deja el plan usted tiene ciertos derechos y protecciones que resumimos a continuación:

- Aun cuando nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, estamos obligados a ofrecerle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Nos esforzaremos por avisarle, al menos, con 30 días de anticipación, en caso de que su proveedor esté por dejar nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le asistiremos con la selección de un nuevo proveedor calificado que le ayude con la gestión de la atención médica que necesita.
- Si está bajo tratamiento médico, usted tiene derecho de solicitar, y trabajaremos con usted para darle las garantías, que el tratamiento médico necesario que está recibiendo no se verá interrumpido.
- Si usted considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado en sustitución de su proveedor anterior o que sus cuidados no son gestionados de manera apropiada, usted tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si usted tiene información de que su médico o especialista va a dejar su plan, contáctenos para poder ayudarle en la búsqueda de un nuevo proveedor y la gestión de sus cuidados.

Sección 2.4 – Cambios a la red de farmacias

Los montos que usted paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solamente* si su pedido es surtido en una de nuestras farmacias de la red.

Hay cambios a nuestra red de farmacias el próximo año. Un Directorio de farmacias actualizado está disponible en nuestro sitio web en www.devoted.com. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada de proveedores o para solicitar se le envíe por correo un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias 2021 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Sección 2.5 – Cambios a los beneficios y costos por servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el próximo año. La información abajo describe esos cambios. 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)*, en su *Evidencia de Cobertura 2021*.

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--|---|---|
| Servicios de ambulancia | Por tierra \$200 de copago | Por tierra \$200 de copago |
| | Por aire \$200 de copago | Por aire 20% de coseguro |
| Servicios dentales Usted tiene cobertura para los servicios y procedimientos dentales indicados en su Evidencia de cobertura. Se aplican ciertas restricciones. Cualquier costo de desembolso personal asociado a servicios dentales de rutina o integrales, no se tendrán en cuenta para su monto máximo de desembolso personal. | Coronas: 50% de coseguro | Coronas: \$0 de copago |
| | Tratamientos de conducto: 50% de coseguro | Tratamientos de conducto: \$0 de copago |
| | Extracciones simples: \$0 de copago – ilimitado por año | Extracciones simples: \$0 de copago – 6 por año |
| | Devoted Health pagará hasta \$1,000 por año por servicios dentales integrales. | Devoted Health pagará hasta \$2,000 por año por servicios dentales integrales. |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|---|--|--|
| Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros asociados | Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) 20% de coseguro | Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) 20% de coseguro |
| | Equipos para seguridad en el baño 20% de coseguro | Equipos para seguridad en el baño \$0 de copago |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--|--|---|
| <p>Programas educativos en salud y bienestar</p> | <p>Membresía en SilverSneakers® \$0 de copago</p> | <p>Membresía en SilverSneakers® \$0 de copago</p> |
| <p>Membresía en SilverSneakers®</p> <p>SilverSneakers y SilverSneakers FLEX son marcas registradas de Tivity Health, Inc. SilverSneakers On-Demand y SilverSneakers GO son marcas registradas de Tivity Health, Inc. © 2020 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.</p> | <p>Wellness Bucks de Devoted Health \$150 por año</p> | <p>Wellness Bucks de Devoted Health \$150 por año</p> |
| <p>Wellness Bucks de Devoted Health:</p> <p>Devoted Health le reembolsará, hasta un monto límite, por participar o comprar uno o más de lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprar un Apple Watch® que registra el número de pasos y el ritmo cardíaco. 2. Participar en clases educativas de acondicionamiento físico como Yoga, Pilates, Zumba, Tai Chi, Crossfit, aeróbicos/ clases grupales de acondicionamiento, fortalecimiento muscular, clases de spinning, entrenamiento personal (impartido por un instructor autorizado), etc. 3. Tarifas de programas para perder peso tales como Jenny Craig, Weight Watchers, o programas para perder peso en hospitales. | | <p>En el 2021, los servicios adicionales elegibles incluirán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo de acondicionamiento físico para usar en la casa, tales como pesas libres, cinta caminadora, bicicleta fija, máquinas de remar, bandas de resistencias, etc. • Actividades y programas para acondicionamiento de la memoria y mejora de la velocidad y capacidad del cerebro, fortalecimiento de la memoria y habilitación del aprendizaje. • Una membresía en un club de salud calificado o centro de acondicionamiento físico (cuando el centro no participa con SilverSneakers®). |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos productos de venta libre (que de otro modo no estuviesen disponibles a través del catálogo OTC) utilizado en conjunto con un programa de atención o de manejo de enfermedades de Devoted Health. |
| <p>Servicios de la audición</p> | <p>Examen de audición cubierto por Medicare: \$10 de copago</p> <p>Exámenes de audición de rutina: \$0 de copago</p> <p>Audífonos: beneficio de \$1,200 por año: \$600 máximo por oído por año</p> | <p>Examen de audición cubierto por Medicare: \$10 de copago</p> <p>Examen de audición de rutina: \$0 de copago</p> <p>Audífonos: Hasta dos audífonos de marca TruHearing anualmente (uno por oído por año). Puede elegir entre audífonos avanzados y premium TruHearing, que vienen en varios estilos y colores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$399 de copago por audífono para modelos avanzados • \$699 de copago por audífono para modelos premium |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|----------------|---|---|
| Comidas | <p>Comidas posteriores al alta \$0 de copago</p> <p>Después de una estadía en un hospital o en un centro de enfermería especializada, usted puede recibir 2 comidas al día hasta por 5 días, 4 veces por año calendario (hasta 40 comidas por año).</p> <p>Comidas para personas con afecciones crónicas No cubierto</p> | <p>Comidas posteriores al alta \$0 de copago</p> <p>Después de una estadía en un hospital o en un centro de enfermería especializada, usted puede recibir 2 comidas al día hasta por 10 días, 4 veces por año calendario (hasta 80 comidas por año).</p> <p>Comidas para personas con afecciones crónicas \$0 de copago</p> <p>Si parte de su plan de cuidado para una afección crónica significa cambios en lo que come, puede recibir hasta 2 comidas por día durante hasta 14 días (como máximo 28 comidas en total).</p> <p>Tiene cobertura una vez por año calendario por cada diagnóstico nuevo.</p> |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--|--|--|
| Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare | <p>Medicamentos para quimioterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro en un consultorio del proveedor • 20% de coseguro en un hospital ambulatorio <p>Medicamentos genéricos para nebulizar</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago en un consultorio del proveedor • \$0 de copago en un hospital ambulatorio <p>Suero antialérgico</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro en un consultorio del proveedor • 20% de coseguro en un hospital ambulatorio <p>Todos los demás medicamentos de la Parte B</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro en un consultorio del proveedor • 20% de coseguro en un hospital ambulatorio | <p>Medicamentos para quimioterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro en un consultorio del proveedor • 20% de coseguro en un hospital ambulatorio <p>Medicamentos genéricos para nebulizar</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago en un consultorio del proveedor • \$0 de copago en un hospital ambulatorio <p>Suero antialérgico</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago en un consultorio del proveedor • \$0 de copago en un hospital ambulatorio <p>Todos los otros medicamentos de la Parte B</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% de coseguro en un consultorio del proveedor • 20% de coseguro en un hospital ambulatorio |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|---|---|--|
| Transporte médico no de emergencia | <p>\$0 de copago</p> <p>Usted está cubierto por ilimitados traslados.</p> | <p>\$0 de copago</p> <p>Viajes a su Médico de Cuidados Primarios (PCP, por sus siglas en inglés) Traslados ilimitados</p> <p>Viajes a otras ubicaciones 30 traslados en una dirección por año</p> <p>Todos los traslados están limitados a 30 millas por traslados en una dirección.</p> |
| Sistema personal de respuesta en caso de emergencia (PERS, por sus siglas en inglés) | <p>\$0 de copago</p> <p>Servicios de detección de caídas: No cubierto</p> | <p>\$0 de copago</p> <p>Servicios de detección de caídas: \$0 de copago</p> |
| Servicios de podiatría | <p>Visita al podiatra cubierto por Medicare: \$10 de copago</p> <p>Visita de rutina para el cuidado de los pies: \$10 de copago, servicios ilimitados</p> | <p>Visita al podiatra cubierto por Medicare: \$10 de copago</p> <p>Visita de rutina para el cuidado de los pies: \$10 de copago, 12 servicios por año</p> |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--|--|--|
| Beneficio suplementario especial para los enfermos crónicos | <p>Subsidio de entrega de alimentos</p> <p>El subsidio de entrega de alimentos no es un beneficio cubierto.</p> | <p>Subsidio para entrega de alimentos</p> <p>Para miembros diagnosticados con una o más enfermedades tales como Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF, por sus siglas en inglés), Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés), diabetes u otra condición crónica elegible, Devoted Health pudiera cubrir el costo de los servicios de entrega de alimentos hasta \$20 al mes (hasta \$240 anuales).</p> |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|-------------------------------|---|---|
| Servicios de Telesalud | Su plan no incluye un beneficio suplementario para servicios de telesalud; sin embargo, ciertos servicios de telesalud están cubiertos según lo permita Medicare en respuesta a la emergencia de salud pública provocada por el coronavirus (COVID-19). | <p>Su plan cubre servicios de telesalud para los siguientes servicios: visitas de atención primaria, visitas a especialistas médicos, visitas de salud mental (individuales y grupales), visitas de podiatría, visitas psiquiátricas (individuales y grupales), terapia física, terapia ocupacional y servicios de terapia del habla y del lenguaje, sesiones para abordar el abuso de sustancias (individuales y grupales), educación sobre la enfermedad renal y capacitación para el automanejo de la diabetes.</p> <p><u>Visitas virtuales al PCP</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 de copago <p><u>Visitas virtuales al especialista</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un \$10 de copago <p><u>Visitas virtuales para terapia del habla y del lenguaje, ocupacional y física</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un \$10 de copago |

| Costo | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|--|---|---|
| Cambios en autorizaciones previas y referidos | <p>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> • La autorización previa no es necesaria para los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios. • No se requiere un referido para los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios. <p>Servicios de diálisis renal</p> <ul style="list-style-type: none"> • La autorización previa probablemente sea necesaria para los servicios de diálisis renal. • Un referido no es necesario para los servicios de diálisis renal. <p>Servicios ambulatorios de rehabilitación</p> <ul style="list-style-type: none"> • La autorización previa probablemente sea necesaria para terapia física, ocupacional y del habla/lenguaje de tipo ambulatorio. • Un referido no es necesario para terapia física, ocupacional y del habla/lenguaje de tipo ambulatorio. | <p>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> • La autorización previa probablemente sea necesaria para los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios. • No se requiere un referido para los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios. <p>Servicios de diálisis renal</p> <ul style="list-style-type: none"> • La autorización previa no es necesaria para los servicios de diálisis renal. • Un referido es necesario para los servicios de diálisis renal. <p>Servicios ambulatorios de rehabilitación</p> <ul style="list-style-type: none"> • La autorización previa no es necesaria para terapia física, ocupacional y del habla/lenguaje de tipo ambulatorio. • Un referido probablemente sea necesario para terapia física, ocupacional y del habla/lenguaje de tipo ambulatorio. |

Sección 2.6 – Cambios a la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

Cambios a nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se proporciona de manera electrónica.

Hicimos cambios a nuestra Lista de medicamentos, incluyendo cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a las limitaciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse que los medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para conocer si habrá restricciones.**

Si algún cambio afecta su cobertura de medicamentos, usted puede:

- **Trabajar con su médico (u otro profesional que recete) y solicitar una excepción al plan** para cubrir el medicamento. **Recomendamos a los miembros actuales** solicitar una excepción antes del próximo año.
 - Para conocer lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones, apelaciones, quejas sobre cobertura))* o llame a Servicios para miembros.
- **Trabaje con su médico (u otro profesional que recete) para encontrar un medicamento diferente** que nosotros cubramos. Puede llamar a Servicios para miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que se pueda utilizar para el tratamiento de la misma condición médica.

En algunas situaciones, se nos pide cubrir el 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 saber más 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 quede sin suministro. Puede pasar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción para su caso y cubra el medicamento actual.

Si le fue aprobada una excepción para este año del plan, es posible que tenga que solicitar otra vez una excepción para el año nuevo. Usted puede comenzar a solicitar las excepciones para el próximo años del plan a partir del 1 de diciembre del año actual del plan.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al inicio de cada año. Sin embargo, en el transcurso del año podríamos hacer otros cambios permitidos según las reglas de Medicare.

Al hacer estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, usted puede operar con su médico (o quien le prescribe) y pedir se haga una excepción en la cobertura de su medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y ofreceremos otra información requerida para reflejar los cambios de

medicamentos. (Para conocer más sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la Evidencia de cobertura).

Cambios a los costos de medicamentos con receta

Nota: Si usted está en un programa que ayuda a pagar por sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre costos para los medicamentos con receta de la Parte D puede que no se aplique a usted.** Hemos incluido un folleto aparte, llamado “Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben el pago de Ayuda adicional para medicamentos con receta” (también llamado la “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o la “Cláusula LIS (LIS, por sus siglas en inglés)”, que le informa sobre sus costos de medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y no recibió este folleto con este paquete, llame a Servicios para miembros y solicite la “Cláusula LIS”.

Hay cuatro “etapas en el pago de medicamentos”. El dinero que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago en la que se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas.)

La información abajo indica los cambios para el próximo año para las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los afiliados no llega a las otras dos etapas: la Etapa de período sin cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, secciones 6 y 7 de la *Evidencia de cobertura*, en nuestro sitio web en www.devoted.com. También puede llamar a Servicios para miembros y pedirnos 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 | Ya que no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. | Ya que no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. No hay deducible para Devoted Health Core Palm Beach (HMO) para insulinas seleccionadas. Usted paga \$0 por concepto de insulinas seleccionadas. |

Cambios a sus costos compartidos en la Etapa inicial de cobertura

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

| Etapa | 2020 (este año) | 2021 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Etapa 2: Etapa inicial de cobertura</p> | <p>Su costo por un mes de suministro surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> | <p>Su costo por un mes de suministro surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> |
| <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> | <p>Nivel 1: Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 2: Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 3: Usted paga \$20 por receta</p> <p>Nivel 4: Usted paga \$95 por receta</p> <p>Nivel 5: Usted paga 33% del total de los costos</p> | <p>Nivel 1: Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 2: Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 3: Usted paga \$20 por receta</p> <p>Nivel 4: Usted paga \$95 por receta</p> <p>Nivel 5: Usted paga 33% del total de los costos</p> |
| <p>Los costos en esta fila son por un mes (30 días) del suministro cuando surte su receta en una farmacia de la red que provee costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo; o, para recetas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> | | |
| <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estará en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p> | <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos alcance los \$4,020, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de periodo sin cobertura).</p> | <p>Paga \$0 por insulinas seleccionadas.</p> |
| | | <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos alcance los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de periodo sin cobertura).</p> |

Cambios a las etapas de período sin cobertura y la cobertura catastrófica.

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la Etapa de período sin cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica) son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa de período sin cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de cobertura*. Devoted Health Core Palm Beach (HMO) ofrece un vacío de cobertura adicional para insulinas seleccionadas. Durante la Etapa del período sin cobertura, sus costos de desembolso personal para insulinas seleccionadas será **\$0**.

Sección 3 Cómo decidir qué plan escoger

Sección 3.1 – Si quiere permanecer en Devoted Health Core Palm Beach (HMO)

Para permanecer en nuestro plan no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, automáticamente quedará inscrito en nuestro Devoted Health Core Palm Beach (HMO).

Sección 3.2 – Si quiere cambiar de planes

Esperamos contar con usted como miembro el próximo año, pero si quisiera cambiar en el 2021 siga los pasos a continuación:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente oportunamente,
- O-- Puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare original deberá decidir si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, vea la Sección 2.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para conocer más de Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2021*, llame al Programa de seguro de salud de su estado (vea la sección 5), o llame a Medicare (vea la sección 7.2).

También puede obtener información sobre los planes en su área utilizando el Localizador de planes Medicare, en el sitio web de Medicare. Vaya a www.medicare.gov/plan-compare. **Allí encontrará información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Como recordatorio, Devoted Health ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse **a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el plan nuevo. Automáticamente quedará desafiliado/a de Devoted Health Core Palm Beach (HMO).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el plan de medicamentos nuevo. Automáticamente quedará desafiliado/a de Devoted Health Core Palm Beach (HMO).

- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe hacer una de dos cosas:
 - Envíenos una solicitud por escrito de desafiliación. Póngase en contacto con Servicios para miembros, si necesita más información sobre cómo hacerlo (encontrará los números de teléfono en la Sección 7.1 de este folleto).
 - – o – Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pida su desafiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4 Fecha límite para cambiar de planes

Si quiere cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2021.

¿Se puede hacer el cambio en otros momentos del año?

En algunos casos, los cambios están permitidos durante otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, las personas que reciben “Ayuda adicional” para el pago de medicamentos, las que tienen o están dejando su cobertura patronal, y las personas que se mudan fuera del área de servicio pueden estar autorizados para cambiar de plan en otros momentos del año. Para obtener más información, vea el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage el 1 de enero de 2021, y no le gusta su elección del plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero al 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, vea el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de cobertura*.

Sección 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare

El Programa de asistencia con seguros de salud de su estado (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se denomina Florida SHINE (Servicios para las Necesidades de Seguros de Salud de las Personas Mayores).

Florida SHINE es independiente (no está asociado a ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Se trata de un programa estatal con dinero del gobierno federal para dar asesoría en materia de seguros de salud **gratuita** a las personas con Medicare. Los asesores de Florida SHINE pueden ayudarle con preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarle a entender las opciones de su plan de Medicare y responder a las preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar a Florida SHINE al 1-800-963-5337 (TTY: 1-800-955-8770). Puede conocer más sobre Florida SHINE visitando el sitio web (www.floridashine.org).

Sección 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Puede que usted sea elegible para ayuda en el pago de sus medicamentos con receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para “ayuda adicional” para pagar sus costos de medicamentos con receta. Si usted es elegible, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos incluyendo las primas mensuales por medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguro. Además, las personas que son elegibles no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Son muchas las personas elegibles y ni siquiera lo saben. Para saber si usted es elegible, llame al:
 - 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, entre 7 am y 7 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - Su Oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia de costos compartidos de recetas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que padecen VIH/SIDA a acceder a medicamentos contra el VIH. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo evidencia de residencia en el estado y estatus de VIH, bajos ingresos según lo define el estado, y, estatus de no asegurado/sub-asegurado. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP, califican para la asistencia de costos compartidos de recetas a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) de Florida. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-850-245-4422.

Sección 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Devoted Health Core Palm Beach (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para miembros al 1-800-DEVOTED (1-800-338-6833). (TTY solamente, llame al 711). Estamos disponibles para las llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos en el 2021. Para obtener los detalles, revise la *Evidencia de cobertura 2021* del *Devoted Health Core*

Palm Beach (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada y legal de los beneficios de su plan. Describe sus derechos y las reglas que necesita cumplir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Una copia de la *Evidencia de cobertura* está disponible en nuestro sitio web en www.devoted.com. También puede llamar a Servicios para miembros y pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.devoted.com. Le recordamos, que nuestro sitio Web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 – 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

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Encontrará información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad que le ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare. Puede obtener información importante sobre los planes disponibles en su área utilizando el Localizador de planes Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre planes, vaya a www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y usted 2021*

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