

Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) es ofrecido por COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC.

Aviso anual de cambios para 2022

Usted está actualmente inscrito como miembro de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los beneficios del plan. *Este documento describe los cambios.*

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted.

☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios para saber si le afectan a usted.

- Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
- ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
- Consulte las Secciones 1.5 y 1.6 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios de nuestro plan.

☐ Verifique los cambios en el documento sobre nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si le afectan.

- ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
- ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
- ¿Puede seguir usando las mismas farmacias?
- Revise la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) para 2022 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
- Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Consulte con su médico sobre alternativas menos costosas que pueden estar disponibles para usted; esto puede ayudarle a ahorrar en costos anuales que paga de su bolsillo durante el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite el sitio web <https://go.medicare.gov/drugprices> y haga clic en el enlace titulado “dashboards” (tableros) a mitad de la segunda nota, cerca del final de la página. Estos tableros indican qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información sobre los precios de los medicamentos de un año a otro. Recuerde que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

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

- ¿Están en la red sus médicos, incluidos los especialistas que visita con regularidad?
- ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
- Consulte la Sección 1.3 para obtener información acerca de nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

☐ Piense acerca de los costos de atención médica generales.

- ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

☐ Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes.

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

- Use la función de búsqueda personalizada en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
- Revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare & You 2022* (Medicare y usted para 2022).
- Consulte la Sección 2.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

☐ Una vez que delimite su elección a un plan preferido, confirme los costos y la 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 2021, permanecerá inscrito en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP).
- Si quiere cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbase en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, permanecerá inscrito en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP).

- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. Su inscripción en el plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Para obtener información adicional, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 o al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, tamaño de letra grande u otros formatos alternativos.
- **La cobertura de este plan reúne los requisitos de cobertura médica calificada (QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). 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 de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)

- Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) es un plan para necesidades especiales completamente integrado con doble elegibilidad con un contrato con Medicare y el programa Medicaid de Virginia. La inscripción en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP).

Resumen de costos importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 y 2022 para Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan	\$0	\$0
Deducible	\$0	\$0
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta	Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta
	Consultas a un especialista: Copago de \$0 por consulta	Consultas a un especialista: Copago de \$0 por consulta
Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios 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.	Copago de \$0 por hospitalización	Copago de \$0 por hospitalización

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).	Deducible: \$0 Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos), \$0.00, \$1.30 o \$3.70 por medicamento con receta. Para todos los demás medicamentos, \$0.00, \$4.00 o \$9.20 por medicamento con receta. <i>Costo compartido preferido:</i> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 • Medicamentos de Nivel 2: \$0 • Medicamentos de Nivel 3: 25% • Medicamentos de Nivel 4: 35% • Medicamentos de Nivel 5: 29%	Deducible: \$0 Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos), \$0.00, \$1.35 o \$3.95 por medicamento con receta. Para todos los demás medicamentos, \$0.00, \$4.00 o \$9.85 por medicamento con receta. El costo compartido preferido no está disponible. <i>Costo compartido estándar:</i> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 • Medicamentos de Nivel 2: \$0 • Medicamentos de Nivel 3: \$46

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	<i>Costo compartido estándar:</i> • Medicamentos de Nivel 1: \$5 • Medicamentos de Nivel 2: \$10 • Medicamentos de Nivel 3: 25% • Medicamentos de Nivel 4: 35% • Medicamentos de Nivel 5: 29%	• Medicamentos de Nivel 4: 25% • Medicamentos de Nivel 5: 26%
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$7,550 Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$0

Resumen de costos importantes para 2022		1
SECCIÓN 1	Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año	5
Sección 1.1	Cambios en la prima mensual	5
Sección 1.2	Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	5
Sección 1.3	Cambios en la red de proveedores	5
Sección 1.4	Cambios en la red de farmacias	6
Sección 1.5	Cambios en los beneficios	7
Sección 1.6	Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	15
SECCIÓN 2	Cómo decidir qué plan elegir	22
Sección 2.1	Si desea seguir inscrito en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)	22
Sección 2.2	Si desea cambiar de plan	22
SECCIÓN 3	Cambio de plan	23
SECCIÓN 4	Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	24
SECCIÓN 5	¿Tiene preguntas?	24
Sección 5.1	Cómo recibir ayuda de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)	24
Sección 5.2	Cómo recibir ayuda de Medicare	25
Sección 5.3	Cómo recibir ayuda de Medicaid	25

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (Medicaid paga la prima de la Parte B de Medicare por usted).	\$0	\$0

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

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

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan este monto máximo de bolsillo.	\$7,550	\$0

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. Encontrará un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2022 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer 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 todo nuestro esfuerzo por enviarle un aviso con al menos 30 días de anticipación que explicará que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa y trabajaremos con usted para garantizarlo.
- 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, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Nuestra red cambió más de lo habitual para 2022. Encontrará un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*. **Le recomendamos que revise nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* vigente para verificar si su farmacia aún se encuentra en nuestra red.**

Sección 1.5	Cambios en los beneficios
-------------	---------------------------

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios en los beneficios de Medicare y Medicaid.

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*, en la *Evidencia de cobertura para 2022*. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Servicios del programa de tratamiento del consumo de opioides

Los miembros de nuestro plan con un trastorno por el consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura para tratar dicho trastorno mediante un Programa de tratamiento de opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT)
- Suministro y administración de los medicamentos para el MAT (si corresponde)
- Asesoramiento ante el consumo de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Análisis de toxicología
- Actividades de ingesta
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Atención de emergencia (en todo el mundo)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la atención de emergencia en todo el mundo (es decir, fuera de los Estados Unidos)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la atención de emergencia en todo el mundo (es decir, fuera de los Estados Unidos) Hay un beneficio máximo combinado de \$50,000 para la atención de emergencia y urgencia en todo el mundo por año.
Transporte de emergencia (en todo el mundo)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de ambulancia de emergencia en todo el mundo (es decir, fuera de los Estados Unidos)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de ambulancia de emergencia en todo el mundo (es decir, fuera de los Estados Unidos) Hay un beneficio máximo combinado de \$50,000 para la atención de emergencia y urgencia en todo el mundo por año.
Anteojos (de rutina)	Beneficio máximo para anteojos no cubiertos por Medicare: El plan paga hasta \$250 por año para anteojos no cubiertos por Medicare. VSP proporciona los servicios de anteojos no cubiertos por Medicare. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.	Beneficio máximo para anteojos no cubiertos por Medicare: El plan paga hasta \$300 por año para anteojos no cubiertos por Medicare. VSP proporciona los servicios de anteojos no cubiertos por Medicare. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prevención de caídas	Los servicios de prevención de caídas <u>no</u> están cubiertos.	Nuestro plan le brinda una asignación anual de \$150 para la compra de determinados dispositivos de seguridad para el hogar y el baño clínicamente apropiados que pueden ayudarle a controlar las disfunciones físicas y mejorar su capacidad para desplazarse con seguridad por su hogar. Los productos cubiertos se enviarán directamente a su domicilio. Usted será responsable de la instalación y el montaje. Existe un límite de 3 pedidos por año, incluso si no ha superado la asignación anual. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.
Tarjeta para alimentos saludables Healthy Foods	La tarjeta para alimentos saludables Healthy Foods <u>no</u> está cubierta.	Si le diagnostican una afección crónica médicamente compleja, podría ser elegible para recibir una tarjeta para alimentos saludables Healthy Foods

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
		La tarjeta para alimentos saludables Healthy Foods es una tarjeta de beneficios con una asignación para comprar alimentos y productos saludables y nutritivos. Los productos aprobados pueden comprarse en ubicaciones aprobadas para ayudarles a los miembros a mantener una dieta saludable. Si es elegible para este beneficio, recibirá \$225 por trimestre. La asignación no utilizada no se transferirá al mes siguiente. Llame a su equipo de atención de Aetna para obtener más información sobre este beneficio y su elegibilidad.
Audífonos	Asignación máxima del beneficio para audífonos no cubiertos por Medicare: El plan paga anualmente hasta \$1,500 para los audífonos de ambos oídos.	Asignación máxima del beneficio para audífonos no cubiertos por Medicare: El plan paga hasta \$2,500 por oído para audífonos por año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	HearUSA proporciona los servicios de audífonos no cubiertos por Medicare. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.	NationsHearing proporciona los servicios de audífonos no cubiertos por Medicare. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.
Ayuda en caso de COVID-19	Durante la emergencia de salud pública debido a la COVID-19, ofrecimos a los miembros un copago de \$0 para consultas con médicos de atención primaria y pruebas de COVID-19. Su plan también enviaba a los miembros diagnosticados con COVID-19 una caja de suministros.	Su plan ofrece lo siguiente: • Usted paga \$0 para consultas con médicos de atención primaria (de proveedores de la red) • Usted paga un copago de \$0 por pruebas de COVID-19 (de proveedores de la red) • Usted paga un copago de \$0 por vacunas contra la COVID-19 (de proveedores de la red) • Ya no enviamos una caja de suministros para los miembros diagnosticados con COVID-19

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Comidas (después del alta)	Las comidas después del alta <u>no</u> están cubiertas.	Usted paga un copago de \$0 por 14 comidas en un período de 7 días después de recibir el alta de un hospital de cuidados agudos para pacientes internados, un hospital psiquiátrico para pacientes internados o un centro de atención de enfermería especializada. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información. GA Foods proporciona las comidas.
Productos de venta libre (OTC)	El plan ofrece una asignación de \$55 <u>por mes</u> para suministros y medicamentos de venta libre (OTC) que pueden pedirse a través de un catálogo o en tiendas CVS participantes exclusivas. Visite el sitio web www.cvs.com/otchs/myorder e inicie sesión en su cuenta para ver el catálogo de productos de venta libre (OTC) disponibles para usted.	El plan ofrece una asignación de \$315 <u>por trimestre</u> para suministros y medicamentos de venta libre (OTC) que pueden pedirse a través de un catálogo o en tiendas CVS participantes exclusivas. Visite el sitio web www.cvs.com/otchs/myorder e inicie sesión en su cuenta para ver el catálogo de productos de venta libre (OTC) disponibles para usted.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	Puede hacer un pedido por mes y tiene un límite de tres (3) productos similares por mes, con la excepción de tensiómetros, que tienen un límite de uno por año. Los pedidos no pueden superar su asignación mensual. La terapia de reemplazo de nicotina (NRT) está cubierta.	Puede hacer tres pedidos como máximo por trimestre y tienen un límite de nueve (9) productos similares por trimestre (cada tres meses), con la excepción de tensiómetros, que tienen un límite de uno por año. Los pedidos no pueden superar su asignación trimestral. La terapia de reemplazo de nicotina (NRT) está cubierta.
Servicios adicionales de telesalud: salud mental (sesiones individuales)	Usted paga el 0% del costo total por cada servicio adicional de telesalud. Este servicio solamente se cubre durante una emergencia de salud pública.	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio adicional de telesalud. Este servicio está cubierto como parte de su plan.
Servicios adicionales de telesalud: salud mental (sesiones grupales)	Usted paga el 0% del costo total por cada servicio adicional de telesalud. Este servicio solamente se cubre durante una emergencia de salud pública.	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio adicional de telesalud. Este servicio está cubierto como parte de su plan.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios adicionales de telesalud: psiquiatría (sesiones individuales)	Usted paga el 0% del costo total por cada servicio adicional de telesalud. Este servicio solamente se cubre durante una emergencia de salud pública.	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio adicional de telesalud. Este servicio está cubierto como parte de su plan.
Servicios adicionales de telesalud: psiquiatría (sesiones grupales)	Usted paga el 0% del costo total por cada servicio adicional de telesalud. Este servicio solamente se cubre durante una emergencia de salud pública.	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio adicional de telesalud. Este servicio está cubierto como parte de su plan.
Servicios adicionales de telesalud: especialista médico	Los servicios adicionales de telesalud para servicios de un especialista médico <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio adicional de telesalud.
Servicios de transporte (para casos que no sean de emergencia)	Usted paga el 0% del costo total por cada servicio no cubierto por Medicare (24 viajes de ida o vuelta por año). Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información. LogistiCare proporciona los servicios de transporte (que no sea de emergencia).	Usted paga el 0% del costo total por cada servicio no cubierto por Medicare (48 viajes de ida o vuelta por año). Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información. ModivCare proporciona los servicios de transporte (que no sea de emergencia).

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios de atención de urgencia (en todo el mundo)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta de atención de urgencia en todo el mundo (es decir, fuera de los Estados Unidos)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta de atención de urgencia en todo el mundo (es decir, fuera de los Estados Unidos) Hay un beneficio máximo combinado de \$50,000 para la atención de emergencia y urgencia en todo el mundo por año.

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* 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:

- **Trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos])* o llame al Departamento de Servicios para Miembros.
- **Trabajar con su médico (o la 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 médica.

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.

Mientras tanto, usted y su médico deberán decidir qué hacer antes de que se agote su suministro temporal del medicamento.

- **Tal vez encuentren un medicamento diferente** cubierto por el plan que podría funcionar con la misma eficacia para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su médico a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.
- Usted y su médico pueden solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento. Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte la *Evidencia de cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp](https://www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp). Consulte la Sección 7 del Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Nuestra política de transición se aplica a todos los medicamentos con receta de la Parte D que no se incluyen en el Formulario o que están en el Formulario, pero tienen una restricción, como autorización previa o tratamiento escalonado. Recibirá un suministro de transición en el punto de venta, con excepciones, ya que ciertos medicamentos requieren una determinación de cobertura para saber si deben estar cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare. En dicho caso, es posible que su médico o farmacia deba entregar información adicional; por lo tanto, es posible que este problema no se resuelva en el punto de venta.

- Si actualmente es un miembro inscrito que no solicita una excepción antes del 1 de enero de 2022 y su cobertura para tratamiento con medicamentos elegible para la Parte D actual se ve afectada negativamente por un cambio en el Formulario, cubriremos un suministro temporal del medicamento para un máximo de 30 días a partir del 1 de enero.
- Si experimenta un cambio en su entorno de atención (por ejemplo, recibe el alta o ingresa en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar una anulación de la receta por única vez. Esta anulación por única vez le brindará una cobertura temporal (al menos un suministro para 30 días) de los medicamentos correspondientes.

Sin importar el motivo por el que recibió un suministro temporal, deberá utilizar nuestro proceso de excepción, según lo establecido en la *Evidencia de cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp, en caso de que necesite seguir recibiendo el medicamento actual.

Nota importante: Tome medidas para trabajar con su médico a fin de encontrar alternativas adecuadas cubiertas durante el próximo año del plan antes del 1 de enero. Esto hará que su transición al próximo año calendario sea muy sencilla. Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte la *Evidencia de cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp. Consulte el Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura* (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el principio de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

Cuando realicemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aun así puede consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer 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 usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplica a su caso.** 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 conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos para sus medicamentos. Debido a que recibe “Ayuda adicional”, si no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

Existen cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Cuánto paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté. (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 alcanza las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Dado que no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a su caso.	Dado que no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a su caso.

Cambios en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Para obtener información sobre cómo funcionan los copagos y coseguros, consulte *Tipos de costos de su bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos* en la Sección 1.2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo.	Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red: Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) de una farmacia de nuestra red preferida, usted paga \$0.00 por los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2, y por los medicamentos de Niveles 3 a 5, usted paga \$0.00, \$1.30 o \$3.70 por medicamento con receta.	Su costo por un suministro para un mes que obtiene en una farmacia de la red con un costo compartido estándar: - Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos), usted paga \$0.00, \$1.35 o \$3.95 por medicamento con receta. - Para todos los demás medicamentos, \$0.00, \$4.00 o \$9.85 por medicamento con receta.

Etapas	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	• Para todos los demás medicamentos, \$0.00, \$4.00 o \$9.20 por medicamento con receta. • Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) de una farmacia de nuestra red de farmacias estándar, usted paga \$0.00, \$1.30 o \$3.70 por medicamento con receta. • Para todos los demás medicamentos, \$0.00, \$4.00 o \$9.20 por medicamento con receta. O BIEN <i>Costo compartido preferido</i> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 • Medicamentos de Nivel 2: \$0 • Medicamentos de Nivel 3: 25%	O BIEN • Medicamentos de Nivel 1: \$0 • Medicamentos de Nivel 2: \$0 • Medicamentos de Nivel 3: \$46 • Medicamentos de Nivel 4: 25% • Medicamentos de Nivel 5: 26%

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	• Medicamentos de Nivel 4: 35% • Medicamentos de Nivel 5: 29% <i>Costo compartido estándar</i> • Medicamentos de Nivel 1: \$5 • Medicamentos de Nivel 2: \$10 • Medicamentos de Nivel 3: 25% • Medicamentos de Nivel 4: 35% • Medicamentos de Nivel 5: 29%	
Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen el monto de \$4,130, usted pasará a la siguiente etapa (etapa del período sin cobertura).	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen el monto de \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (etapa del período sin cobertura).

Cambios en la etapa del período sin cobertura y 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 necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no alcanza la etapa del período sin cobertura ni la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para obtener más información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 Si desea seguir inscrito en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP).

Sección 2.2 Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2022, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

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

Para obtener más información acerca de Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y usted para 2022), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 5.2).

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

Como recordatorio, COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden tener distintas coberturas, primas mensuales y montos de costo compartido.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en un plan nuevo. Su inscripción en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.

- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, tiene las siguientes posibilidades:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros (en la Sección 5.1 de este documento encontrará los números de teléfono).
 - *O bien*, comunicarse con **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.

Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que haya decidido no participar en la inscripción automática.

SECCIÓN 3 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 2022.

¿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, aquellas que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o puede cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados.

El SHIP es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y **en forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del SHIP pueden abordar las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiarse de plan. Puede llamar al SHIP al número de teléfono que figura en el **Anexo A** en la parte posterior de la *Evidencia de cobertura*.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, comuníquese con Medicaid. El nombre y los números de teléfono de esta organización figuran en el **Anexo A** en la parte posterior de la *Evidencia de cobertura*. Pregunte de qué manera inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que recibe su cobertura de Medicare.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Sección 5.1 Cómo recibir ayuda de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 o al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación (los usuarios de TTY deben llamar únicamente al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de cobertura para 2022* (aquí se describen en detalle los beneficios para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios para 2022. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) para 2022. 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 los medicamentos con receta y los servicios cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp. Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (*Formulario/Lista de medicamentos*).

Sección 5.2 Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 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). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para consultar la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea Medicare & You 2022 (Medicare y usted para 2022)

Puede leer el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y usted para 2022). 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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.3 Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a la agencia de Medicaid de su estado (el nombre y los números de teléfono de esta organización figuran en el **Anexo A** en la parte posterior de la *Evidencia de cobertura*).

Consulte la *Evidencia de cobertura* para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan. Las características y la disponibilidad de los planes pueden variar según el área de servicio.

El formulario, la red de proveedores o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discriminamos por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Tampoco excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Si habla otro idioma que no sea inglés, tendrá a disposición servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp o llame al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

Además, su plan de salud ofrece ayudas y servicios auxiliares, gratuitos, cuando sean necesarios para garantizar que las personas con discapacidades tengan igualdad de oportunidades de comunicarse de manera eficaz con nosotros. Su plan de salud también ofrece servicios de asistencia de idiomas, gratuitos, para las personas con dominio limitado del inglés. Si necesita estos servicios, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

Si considera que no le hemos proporcionado estos servicios o que se le discriminó de alguna manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Departamento de Quejas por escrito a Appeals and Grievances, PO Box 818070, Cleveland, OH 44181. También puede presentar una queja por teléfono llamando al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 (TTY: 711). Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

Además, puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf.

ESPAÑOL (SPANISH): Si habla un idioma que no sea el inglés, los servicios gratuitos de asistencia en idiomas están disponibles. Visite nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp o llame al 1-855-463-0933 (TTY: 711) de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

(CHINESE) 傳統漢語（中文）如果您講英語以外的語言，則提供免費語言援助服務。請造訪我們的網站 AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp 或致電，1-855-463-0933 (TTY: 711)。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

NOTAS

NOTAS
