

2022

Aviso Anual de Cambios

Senior Whole Health (HMO D-SNP) y Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP)

Massachusetts H2224-001, 003

Al servicio de los siguientes condados: Bristol, Essex, Hampden, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester.

En vigor desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre del 2022



Senior Whole Health.
BY MOLINA HEALTHCARE

Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP) y Senior Whole Health (HMO D-SNP)

Ofrecido por Molina Healthcare, Inc.

Aviso Anual de Cambios para el 2022

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP) o Senior Whole Health (HMO D-SNP). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y los beneficios del plan. *Este cuadernillo contiene información sobre los cambios.*

Qué se debe hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
- Consulte la Sección 1.5 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan. Verifique los cambios en el cuadernillo de nuestra cobertura de medicamentos recetados para saber si lo afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en una categoría distinta, con diferente costo compartido?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de surtir su receta médica?
 - ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? ¿Hay algún cambio en los costos al utilizar esta farmacia?
 - Revise la Lista de Medicamentos de 2022 y consulte la Sección 1.6 para obtener más información acerca de los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Sus costos de medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su doctor sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos de su bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace “dashboards” (Tableros) que se encuentra en el centro de la segunda Nota hacia la parte inferior de la página. Estos tableros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información sobre los precios de medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus doctores y otros proveedores formarán parte de la red el próximo año.
 - ¿Sus doctores, incluidos los especialistas que usted ve regularmente, están en nuestra red?
 - ¿Hubo algún cambio en los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
- Piense en sus costos de atención médica generales.
 - ¿Cuánto gastará de su propio bolsillo para pagar los servicios y medicamentos recetados que utiliza con regularidad?
 - ¿Cuánto gastará en la prima y en los deducibles?
- ¿En qué se diferencian sus costos totales del plan de otras opciones de cobertura de Medicare? Piense en si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: conozca otras opciones de plan.

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el localizador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2022*.
 - Lea la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
 - Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: decida si desea cambiar de plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre del 2021, se lo inscribirá en Senior Whole Health (HMO D-SNP) o Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP).
- Si desea **cambiarse a un plan diferente** que podría cubrir mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Lea la Sección 3, página 15, para obtener más información sobre sus opciones.

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre del 2021**, se lo inscribirá en Senior Whole Health (HMO D-SNP) o Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP).
- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre del 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero del 2022**. La inscripción a su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-888-794-7268** (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, para obtener más información.
- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas y en formatos alternativos. Comuníquese con el número del Departamento de Servicios para Miembros al **1-888-794-7268 (TTY 711)**. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete (7) días de la semana.
- Esta información está disponible en otros formatos, como braille, letra grande y audio.
- **La cobertura conforme a este Plan califica como una Cobertura Médica Calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Senior Whole Health (HMO D-SNP) y Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP)

- Producto ofrecido por Senior Whole Health of Massachusetts, LLC, una filial de propiedad absoluta de Molina Healthcare, Inc.
- Senior Whole Health (HMO D-SNP) y Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP) son Planes de Cuidados Coordinados con un contrato con Medicare Advantage y un contrato con el programa Commonwealth of Massachusetts/EOHHS MassHealth (Medicaid). La inscripción depende de la renovación anual del contrato.
- Cuando en este cuadernillo se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Senior Whole Health, LLC. Cuando se dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Senior Whole Health (HMO D-SNP) o Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP).
- Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al **1-888-794-7268 (TTY 711)** para obtener más información.
- Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Senior Whole Health, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número del Departamento de Servicios para Miembros o consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.
- Senior Whole Health/Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.
- Molina Healthcare cumple con las leyes Federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.

Resumen de Costos Importantes para el 2022

En la tabla que aparece a continuación, se comparan los costos del 2021 y del 2022 para Senior Whole Health (HMO D-SNP) y Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Sepa que esto es solamente un resumen de cambios.** Una copia de la *Evidencia de Cobertura* está disponible en nuestro sitio web en www.SWHMA.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*. Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 por el deducible, consultas con el doctor e internaciones en el hospital.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Prima mensual del plan	\$0	\$0
Consultas con el doctor	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas con el especialista: \$0 por consulta	Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas con el especialista: \$0 por consulta
Internación en hospital Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención en un hospital para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un doctor. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado.	\$0 por estadía	\$0 por estadía

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles.</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p>Medicamentos genéricos y preferidos de varias fuentes:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Todos los demás medicamentos:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p>Medicamentos genéricos y preferidos de varias fuentes:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Todos los demás medicamentos:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p>
<p>Suma máxima de su propio bolsillo</p> <p>Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles.</p>	<p>\$0</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para la suma máxima de su propio bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$0</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para la suma máxima de su propio bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

Annual Notice of Changes for 2022

Table of Contents

Resumen de Costos Importantes para el 2022.....	6
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	9
Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual.....	9
Sección 1.2 – Cambios en la suma máxima de su propio bolsillo.....	9
Sección 1.3 – Cambios en la Red de Proveedores	9
Sección 1.4 – Cambios en la Red de Farmacias	10
Sección 1.5 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos	10
Sección 1.6 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D	14
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	17
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	17
Sección 3.1 – Si desea permanecer en Senior Whole Health (HMO D-SNP)	17
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	18
SECCIÓN 4 Cambio de planes	19
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	19
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados	20
SECCIÓN 7 ¿Tiene alguna pregunta?.....	21
Sección 7.1 – Cómo obtener Ayuda de Senior Whole Health (HMO D-SNP).....	21
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	21
Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid	22

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

Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Prima mensual Usted debe continuar pagando su prima del plan de Medicare Parte B, a menos que Medicaid la pague por usted.	\$0	\$0

Sección 1.2 – Cambios en la suma máxima de su propio bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto debe pagar “de su propio bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “suma máxima de su propio bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, en general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Suma máxima de su propio bolsillo	\$0 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para la suma máxima de su propio bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$0 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para la suma máxima de su propio bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Sección 1.3 – Cambios en la Red de Proveedores

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Hay un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado en nuestro sitio web www.SWHMA.com. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores y Farmacias*. **Consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2022 para ver si sus proveedores (proveedor de cuidados primarios, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, doctores y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existe un número de motivos por los que su proveedor podría abandonar su plan. Si su doctor o especialista abandona su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a doctores y especialistas aprobados.
- Nos esforzaremos por informarle con una antelación de, al menos, 30 días que su proveedor abandona su plan, a fin de que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor aprobado para continuar gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Si considera que no le hemos asignado un proveedor aprobado para reemplazar a su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión.
- Si se entera de que su doctor o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la Red de Farmacias

Las sumas que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia a la cual recurre. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado en nuestro sitio web www.SWHMA.com. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre las farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores y Farmacias. **Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2022 para ver qué farmacias hay en nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso Anual de Cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Vamos a cambiar nuestra cobertura de determinados servicios médicos el próximo año. La información en la siguiente tabla describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, Tabla de beneficios (servicios cubiertos), en su *Evidencia de Cobertura de 2022*. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.SWHMA.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Producto	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Terapia progresiva de Medicare Parte B</p>	<p>No se aplica.</p>	<p><i>La terapia progresiva de la Parte B puede ser necesaria cuando se reciben medicamentos recetados de la Parte B.</i></p>
<p>Servicios de programas de tratamiento por consumo de opioides</p>	<p>Los servicios de tratamiento del trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos servicios a través de nuestro plan.</p> <p>No se requiere autorización previa.</p>	<p>Los miembros de nuestro plan que sufren de OUD pueden recibir servicios ampliados para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) de EE. UU. • Dispensación y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre el uso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología. • Actividades de admisión. • Pruebas periódicas. <p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p>

Producto	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Servicios de otro profesional de atención médica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios especializados de salud mental • Servicios psiquiátricos • Servicios adicionales de telesalud 	<p>No se requiere autorización previa.</p>	<p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p>
<p>Suministros y servicios terapéuticos, y pruebas de diagnóstico ambulatorias</p>	<p>Puede que se requiera autorización previa.</p>	<p>No se requiere autorización previa para los servicios de radiografías para pacientes ambulatorios.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: observación</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>No se requiere <u>autorización</u> previa.</p>
<p>Elementos de venta libre (over-the-counter, OTC)</p>	<p>El reembolso máximo cada 3 meses es de \$110.</p>	<p>La asignación máxima cada 3 meses es de \$160.</p>
<p>Sistema Personal de Auxilio para Emergencias (Personal Emergency Response System, PERS)</p> <p>Este beneficio es un sistema de alarma médica en el hogar que puede conseguirle ayuda en caso de emergencia.</p>	<p>No se requiere autorización previa.</p>	<p>El miembro debe cumplir con los criterios de calificación. Su administrador de casos decidirá si califica para este beneficio.</p> <p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p>
<p>Beneficio de acondicionamiento físico</p>	<p>\$40/mes para la membresía en un centro de acondicionamiento físico.</p>	<p>No hay reembolso por la membresía en un centro de acondicionamiento físico. Los miembros tienen acceso a los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kit de acondicionamiento físico en el hogar. • Registro de actividad. • Centros de acondicionamiento físico contratados.
<p>Tecnología de acceso remoto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Línea directa de enfermería. 	<p>No disponible.</p>	<p>No se requiere autorización previa.</p>

Producto	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco)</p>	<p>Servicio limitado.</p>	<p>Se ofrecen 8 consultas adicionales a las consultas de Medicare.</p> <p>No se requiere autorización previa para estas sesiones adicionales.</p>
<p>Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transporte para necesidades no médicas • Alimentos y productos agrícolas 	<ul style="list-style-type: none"> • Los beneficiarios que califican son elegibles para transporte no médico (por ejemplo, a la iglesia o al supermercado), proporcionado por el proveedor de transporte médico del plan, a lugares aprobados por el plan. • Máximo de 24 viajes de ida por año a un solo destino, hasta 25 millas en una dirección. • No hay beneficio de alimentos o productos agrícolas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los beneficiarios que califican son elegibles para transporte no médico (por ejemplo, a la iglesia o al supermercado), proporcionado por el proveedor de transporte médico del plan, servicios de viajes compartidos o taxi a lugares aprobados por el plan. • Máximo de 75 viajes de ida por año a un solo destino, hasta 25 millas en una dirección. • Los beneficiarios con una enfermedad crónica también son elegibles para una tarjeta de débito de Healthy You. <ul style="list-style-type: none"> ○ Proporciona las asignaciones que se pueden utilizar para alimentos y productos frescos. ○ \$100 trimestral/máximo \$400 al año. <p>Cobertura provista para aquellos que tienen una afección médica, entre otras, todas las afecciones crónicas enumeradas en la <i>Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)</i>.</p> <p><i>Se requiere la participación en un programa de administración de cuidados.</i></p>
<p>Beneficios para la vista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de los ojos 	<p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>No se requiere autorización previa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Anteojos 	<p>No se requiere autorización previa.</p>	<p><i>Puede que se requiera autorización previa.</i></p>

Sección 1.6 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama *Formulario* o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se proporciona electrónicamente.

Hicimos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, incluso cambios en medicamentos que cubrimos y cambios en restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el próximo año y consulte si existe alguna restricción.**

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

- **Hable con su doctor (u otro recetador) y solicite al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Alentamos a los miembros actuales** a solicitar una excepción antes del próximo año.
 - Para saber lo que debe hacer a fin de solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8 de su *Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame al Departamento de Servicios para Miembros.
- **Pídale al doctor (o recetador) que busque un medicamento diferente** que esté cubierto. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros a fin de solicitar una Lista de Medicamentos Cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro provisional de un medicamento que no esté en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o en los primeros 90 días de membresía para evitar una brecha en la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro provisional y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*). Mientras esté recibiendo un suministro provisional de un medicamento, debe hablar con su doctor para decidir qué hacer cuando este se termine. Puede cambiar el medicamento por uno diferente que esté cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Si usted es miembro actualmente y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o estará sujeto a alguna restricción el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción de formulario por anticipado para el año que viene. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Luego, usted podrá solicitarnos una excepción para cubrir el medicamento en la manera en que a usted le gustaría que estuviera cubierto para el año siguiente. Le daremos una respuesta a su solicitud de excepción antes de que el cambio entre en vigor.

Las excepciones de formulario actuales estarán cubiertas hasta la fecha de la carta de aprobación que se le envíe. Las autorizaciones abarcan años naturales y recibirá una carta nuestra 45 días antes de que venza su autorización actual para recordarle el vencimiento.

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

Cuando realicemos estos cambios durante el año en la Lista de Medicamentos, puede seguir trabajando con su doctor (u otro recetador) 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 requerida para que se reflejen los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de Medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional” [Extra Help]), **es posible que la información sobre costos de medicamentos recetados de la Parte D no sea aplicable a su caso.** Le hemos enviado un anexo, titulado “Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional (Extra Help) para el pago de medicamentos recetados” (también llamada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), en el que se describen los costos por medicamentos que le corresponden. Si recibe “Ayuda Adicional (Extra Help)”, pero no ha recibido este anexo antes del 30 de septiembre del 2021, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida su “Cláusula adicional LIS”.

Hay cuatro “etapas de pagos de medicamentos”. La cantidad que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pagos de medicamentos 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 que aparece a continuación muestra los cambios para el próximo año en las primeras dos etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no alcanza las otras dos etapas: la Etapa de Brecha en Cobertura o la Etapa de Cobertura de Catástrofe. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, revise su *Resumen de Beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en la etapa de deducibles

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Etapa 1: etapa de deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica para usted.

Cambios en su costo compartido en la Etapa de Cobertura Inicial



Para obtener información acerca de los copagos y coseguro, revise el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de su bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando surta su receta médica en una farmacia de la red que proporciona costo compartido estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o para obtener recetas médicas por pedidos por correo, consulte el capítulo 6, sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos y preferidos de varias fuentes:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Todos los demás medicamentos:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos y preferidos de varias fuentes:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Todos los demás medicamentos:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p>

Cambios en la Etapa de Brecha en Cobertura y en la Etapa de Cobertura de Catástrofe

La Etapa de Brecha en Cobertura y la Etapa de Cobertura de Catástrofe son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para las personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza ninguna de las etapas.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, revise su *Resumen de Beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Elemento	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Cambios Administrativos</p> <p>El 1.º de enero del 2021, Molina Healthcare, Inc. adquirió Senior Whole Health of Massachusetts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propietario y administrador de su plan de salud • Dirección de reclamaciones • Dirección de reembolso directo al miembro • Servicios de salud conductual. • Servicios de farmacia. 	 <p>Senior Whole Health y Senior Whole Health NHC <i>a Magellan Company</i> 1075 Main Street, Suite 400 Waltham, MA 02451</p> <p>Senior Whole Health Claims Department P.O. Box 956 Elk Grove Village, IL 60009-0956</p> <p>Senior Whole Health Attn: Claims Operations – Member Reimbursement 1075 Main Street, Suite 400 Waltham, MA 02451</p> <p>Salud conductual de Magellan Complete Care</p> <p>Express Scripts</p>	 <p>Senior Whole Health (HMO D-SNP) y Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP) <i>de Molina Healthcare</i> 1075 Main Street, Suite 400 Waltham, MA 02451</p> <p>Senior Whole Health (HMO D-SNP) Claims Department 7050 Union Park Center Suite 200 Midvale, UT 84047</p> <p>Senior Whole Health (HMO D-SNP) Attn: Medicare Member Services P.O. Box 22640 Long Beach, CA 90809</p> <p>Salud conductual de Molina Healthcare</p> <p>CVS/Caremark</p>

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea permanecer en Senior Whole Health (HMO D-SNP)

Para permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en Senior Whole Health para el 2022.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el próximo año, pero si desea cambiarse durante el 2022, siga estos pasos:

Paso 1: Obtenga más información sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- --O-- Puede cambiarse a Medicare Original. Si elige Medicare Original, deberá decidir si quiere inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el *manual Medicare y Usted 2022*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la Sección 4) o con Medicare (consulte la Sección 6.2).

Usted puede encontrar información sobre los planes que hay en su área utilizando el localizador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí, puede encontrar información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, insíbase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Senior Whole Health (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, insíbase en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Senior Whole Health (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros a fin de obtener más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6.1 de este cuadernillo).
 - –o– Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Medicare Original y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cambio de planes

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original el próximo año, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su cambio entrará en vigor el 1.º de enero del 2022.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellos que obtienen “Ayuda Adicional (Extra Help)” para pagar por sus medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura del empleador y aquellos que se mudan del área de servicio podrían hacer un cambio en otro momento del año.

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

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Massachusetts, SHIP recibe el nombre de Atención de las Necesidades de Información de Salud para Todos (Serving Health Information Needs of Everyone, SHINE).

SHINE es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguro ni con un plan de salud). Es un programa estatal que obtiene fondos del Gobierno federal para ofrecer asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare. Los asesores de SHINE pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender sus opciones dentro del Plan de Medicare y responderán a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro. Puede llamar a SHINE al 1-800-243-4636. Para estar conectado con un asesor local de SHINE y programar una cita, llame a MassOptions al 1-800-243-4636. MassRelay 711 o 1-800-439-0183 (voz) TTY/ASCII 1-800-439-2370.

Para preguntas sobre sus beneficios de MassHealth, comuníquese con MassHealth al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que recibe la cobertura de MassHealth.

También puede comunicarse con My Ombudsman (Mi Mediador) para obtener ayuda con sus beneficios de MassHealth (Medicaid). My Ombudsman es un grupo que ayuda a las personas, incluidos sus familiares y cuidadores, a abordar inquietudes o preguntas que pueden afectar su experiencia con su plan de salud o la capacidad de acceder a los beneficios y servicios del plan de salud. My Ombudsman trabaja con el miembro, MassHealth y el plan de salud para ayudar a resolver sus inquietudes y garantizar que reciba sus beneficios y derechos dentro de su plan. Lo pueden ayudar a presentar una queja o una apelación contra nuestro plan. My Ombudsman es neutral. Puede comunicarse con My Ombudsman al 1-855-781-9898 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.

Para obtener ayuda en persona, visite su consultorio en:

11 Dartmouth Street
Suite 301 Malden, MA 02148

Los horarios para consultas sin cita previa son los lunes de 1:00 p.m. a 4:00 p.m. y los jueves de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. Para obtener más información, visite www.myombudsman.org.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. A continuación, enumeramos los diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Debido a que cuenta con Medicaid, usted ya está inscrito en la “Ayuda Adicional (Extra Help)”, también llamada Subsidio por Bajos Ingresos. La Ayuda Adicional (Extra Help) paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Ya que usted califica, no tendrá una brecha en cobertura ni será sancionado con multas por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la Ayuda Adicional (Extra Help), llame a los contactos que se indican a continuación:
 - 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.
 - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7:00 a.m. y las 7:00 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).

Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado. Massachusetts cuenta con un programa llamado Prescription Advantage que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados conforme a sus necesidades financieras, su edad o afección médica. Para conocer más sobre este programa, consulte a su Programa de Asistencia de Seguro Médico del estado (el nombre y los números telefónicos de esta organización se encuentran en la Sección 5 de este cuadernillo).

- **Asistencia de costo compartido de recetas médicas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/subasegurado. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido en las recetas médicas a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el VIH (HIV Drug Assistance Program, HDAP). Para obtener información acerca de los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Community Research Initiative of New England/HDAP al 1-800-228-2714.

SECCIÓN 7 ¿Tiene alguna pregunta?

Sección 7.1 – Cómo obtener Ayuda de Senior Whole Health (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-888-794-7268 (TTY 711). El horario de atención para llamadas telefónicas es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2022* (tiene detalles sobre los beneficios y los costos del próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de cambios en sus beneficios y costos para el 2022. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2022* de Senior Whole Health (HMO D-SNP) o Senior Whole Health NHC (HMO D-SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.SWHMA.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.SWHMA.com. Como recordatorio, nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (*Directorio de Proveedores y Farmacias*), además de 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). Tiene información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Usted puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el localizador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2022*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2022*. Este cuadernillo se envía todos los años en otoño a todas las personas que tienen Medicare. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responden las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no cuenta con una copia de este cuadernillo, 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.

Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de MassHealth (Medicaid), puede llamar a MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios de TTY de deben llamar al 1-800-497-4648.



Senior Whole Health.
BY MOLINA HEALTHCARE