Instructions to Health Plan

* [*Plan may include the ANOC in the 2021 Member Handbook (Evidence of Coverage) or provide it to members separately.*]
* [*Before use and under the appropriate, State-specific material code(s), plan must upload in HPMS only (1) a standalone ANOC and (2) standalone EOC (Member Handbook). Plan should work with their marketing reviewers to withdraw any duplicate material submitted in error. Plan must enter Actual Mail Dates (AMDs) for ANOCs in accordance with CMS requirements as detailed in the “Update AMD/Beneficiary Link/Function” section of the Marketing Review Users Guide in HPMS. Note that the plan must enter AMD information for ANOC mailings only for mailings to current members. The plan should not enter ANOC AMD information for October 1, November 1, or December 1 effective enrollment dates or for January 1 effective enrollment dates for any new members*.]
* [*Plan may modify the language in the ANOC, as applicable, to address Medicaid benefits and cost sharing for its dual eligible population.*]
* [*Plan should follow the instructions in the Medicare Communications and Marketing Guidelines and the State’s specific Marketing Guidance regarding use of the standardized plan type (Medicare-Medicaid Plan) following the plan name.*]
* [Plan may change references to “member,” “customer,” or “beneficiary” to whatever term they prefer.]
* [*Where the template uses “medical care,” “medical services,” or “health care services,” plan may revise and/or add references to long-term services and supports (LTSS) and/or home and community-based services as applicable.*]
* [*Plan should refer members to the 2021 Member Handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "ver Capítulo 9, Sección A, página 1." An instruction* [*plan may insert reference, as applicable*] *is listed next to each cross reference.*]
* [*Where the template instructs inclusion of a phone number, plan must ensure it is a toll-free number and include a toll-free TTY number and days and hours of operation.*]
* [*Wherever possible, the plan is encouraged to adopt good formatting practices that make information easier for English-speaking and non-English speaking enrollees to read and understand. The following are based on input from beneficiary interviews:*
* *Format a section, chart, table, or block of text to fit onto a single page. In instances where plan-customized information causes an item or text to continue on the following page, enter a blank return before right aligning with clear indication that the item continues (for example, similar to the Benefits Chart in Chapter 4 of the Member Handbook, insert:* ***Esta sección se continúa en la página siguiente****).*
* *Ensure plan-customized text is in plain language and complies with reading level requirements established in the three-way contract.*
* *Break up large blocks of plan-customized text into short paragraphs or bulleted lists and give a couple plan-specific examples as applicable.*
* *Spell out an acronym or abbreviation before its first use in a document or on a page (for example, Long-term services and supports (LTSS) or low income subsidy (LIS)).*
* *Include the meaning of any plan-specific acronym, abbreviation, or key term with its first use.*
* *Avoid separating a heading or subheading from the text that follows when paginating the model*.
  + *Use universal symbols or commonly understood pictorials.*
* *Draft and format plan-customized text and terminology in translated models to be culturally and linguistically appropriate for non-English speakers.*
* *Consider using regionally appropriate terms or common dialect in translated models.*
* *Include instructions and navigational aids in translated models in the translated language rather than in English.*
* *Consider producing translated models in large print.*]

**<plan name> <plan type> ofrecido por <sponsor name>**

*Aviso anual de cambios* para 2021

[Optional**:** insert member name]

[Optional**:** insert member address]

Introducción

[If there are any changes to the plan for 2021, insert: Usted está inscrito actualmente como miembro de <plan name>. El año próximo, habrá algunos cambios a los [insert as applicable: beneficios, cobertura, reglas [y] costos] del plan. [Insert as applicable: Esta sección or Este Aviso anual de cambios] le dice sobre los cambios y donde encontrar más información sobre ellos. Palabras importantes y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del Manual del miembro.]

[If there are no changes whatsoever for 2021 (e.g. no changes to benefits, coverage, rules, costs, networks, etc.), insert: Usted está inscrito actualmente como miembro de <plan name>. El año próximo, no habrá cambios a los beneficios, cobertura [y] reglas[insert if applicable: y costos] del plan. No obstante, aún así debería leer [Insert as applicable: esta sección or este Aviso anual de cambios] para enterarse sobre sus opciones de cobertura. Palabras importantes y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del Manual del miembro.]

[*Plan must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.*]

Tabla de Contenido

[A. Renuncias de garantías 5](#_Toc47082144)

[B. Revisando su Cobertura de Medicare y Medicaid para el año próximo 5](#_Toc47082145)

[B1. Recursos Adicionales 6](#_Toc47082146)

[B2. Información Sobre <plan name> 6](#_Toc47082147)

[B3. Cosas importantes que hacer: 7](#_Toc47082148)

[C. Cambios al nombre del plan 8](#_Toc47082149)

[D. Cambios a los proveedores y a las farmacias de la red 9](#_Toc47082150)

[E. Cambios a los beneficios [*insert if applicable:* y costos] para el año próximo 9](#_Toc47082151)

[E1. Cambios a los beneficios [*insert if applicable:* y costos]para los servicios de cuidado de salud 9](#_Toc47082152)

[E2. Cambios a la cobertura de medicamentos de receta 10](#_Toc47082153)

[E3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial” 13](#_Toc47082154)

[E4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica” 14](#_Toc47082155)

[F. Cambios administrativos 16](#_Toc47082156)

[G. Cómo elegir un plan 16](#_Toc47082157)

[G1. Cómo quedarse en nuestro plan 16](#_Toc47082158)

[G2. Cómo cambiar de plan 17](#_Toc47082159)

[G3. Darse de baja de <plan name> 18](#_Toc47082160)

[H. Cómo obtener ayuda 20](#_Toc47082161)

[H1. Cómo obtener ayuda de <plan name> 20](#_Toc47082162)

[H2. Cómo obtener ayuda del agente de inscripciones del estado 21](#_Toc47082163)

[H3. Cómo obtener ayuda de un Defensor de la Salud de RIPIN 21](#_Toc47082164)

[H4. Cómo obtener ayuda Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 21](#_Toc47082165)

[H5. Cómo obtener ayuda de Medicare 22](#_Toc47082166)

[H6. Como obtener ayuda de Rhode Island Medicaid 22](#_Toc47082167)

# A. Renuncias de garantías

* [*Plan must include all applicable disclaimers as required in the State-specific Marketing Guidance.*]
* [Plan may insert additional disclaimers or state-required statements, including state-required disclaimer language, here.]

# B. Revisando su Cobertura de Medicare y Medicaid para el año próximo

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que seguirá cubriendo sus necesidades el año próximo. Si no cubre sus necesidades, es posible que usted pueda dejar el plan. Consulte la sección G2 para más información.

Si deja nuestro plan, usted seguirá en los programas de Medicare y Medicaid siempre que sea elegible.

* Usted podrá elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare (vaya a la página <page number> para ver sus opciones).
* Usted será inscrito en la cuota por servicio (FFS) de Rhode Island Medicaid para recibir sus servicios de Medicaid. Sus servicios de Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y respaldos a largo plazo (LTSS) (si usted es elegible) y cuidado de salud del comportamiento. [Plan may add the specific Medicaid services it provides.]
* Usted recibirá una tarjeta de identificación de miembro nueva. También recibirá un [insert: Directorio de proveedores y farmacias nuevo **or** información sobre los proveedores y farmacias en nuestra red.] [Plan may insert the following if it sends the Member Handbook separately from the welcome mailing: Le vamos a mandar un Manual del miembro (Evidencia de Cobertura).] [If plan elects to not send the Member Handbook to enrollees, insert: Una copia actualizada del Manual del miembro (Evidencia de Cobertura) siempre está disponible en nuestro sitio web en <web address>. Usted también puede llamar a Servicios al miembro al <toll-free number> para pedir que leenviemos un Manual del miembro.]

|  |  |
| --- | --- |
| B1. Recursos Adicionales  * ATENCIÓN: Si usted habla [*insert language of the disclaimer*], tiene disponible servicios de asistencia de idioma sin costo. Llame al [insert Member Services toll-free phone and TTY numbers, and days and hours of operation]. La llamada es gratuita. [*This disclaimer must be included in Spanish and any other non-English languages that meet the Medicare and/or state thresholds for translation.*] * Usted puede obtener [insert as applicable: esta sección **or** este Aviso anual de cambios] gratis en otros formatos, como letras grandes, braille o audio. Llame a Servicios al miembro al <toll-free number>, <days and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>. La llamada es gratuita. * [Plan also must simply describe: * how they will request a member’s preferred language other than English and/or alternate format * *how they will keep the member’s information as a standing request for future mailings and communications so the member does not need to make a separate request each time,* ***and*** * *how a member can change a standing request for preferred language and/or format*.]  B2. Información Sobre <plan name>  * <Plan’s legal or marketing name> es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Rhode Island Medicaid, para ofrecer beneficios de ambos programas a los inscritos. * La cobertura en virtud de <plan name> es una cobertura médica calificada llamada “cobertura esencial mínima” (MEC, por sus siglas en inglés). Esta cobertura cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de protección al paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) en [www.irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families), para encontrar más información sobre el requisito de responsabilidad individual. * <Plan name> lo ofrece <sponsor name>. Cuando este *Aviso anual de cambios* diga “nosotros”, “a nosotros” o “nuestro”, significa <sponsor name>. Cuando diga “el plan” o “nuestro plan”, significa <plan name>.  B3. Cosas importantes que hacer:  * **Revise si hay algún cambio a nuestros beneficios** [insert if applicable: **y costos**] **que le afecte.**   + ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que usted usa?   + Es importante revisar los cambios a los beneficios [insert if applicable: y costos] para asegurarse de que funcionarán para usted el año próximo.   + Busque en las secciones <section letter> [plan may insert reference, as applicable]y <section letter> [plan may insert reference, as applicable] la información sobre cambios a los beneficios [insert if applicable: y costos]de nuestro plan. * **Revise si hay algún cambio a nuestra cobertura de medicamentos de receta para ver si podrían afectarle.**   + ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Están en un nivel [insert if applicable: de costo compartido] diferente? ¿Puede seguir usando las mismas farmacias?   + Es importante que revise los cambios para asegurarse de que su cobertura de medicamentos funcionará para usted el año próximo.   + Busque en la sección <section letter> [plan may insert reference, as applicable]la información sobre cambios a nuestra cobertura de medicamentos.   + [*Plan with any Part D cost sharing insert:* Los costos de su medicamento pueden haber aumentado desde el último año. * Hable con su médico sobre alternativas con costos más bajos que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos directos de su bolsillo anuales durante todo el año. * Para obtener información adicional sobre precios de medicamentos, visite [es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage](https://es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage). (Haga clic en el enlace "tableros de control" en medio de la Nota hacia el final de la página. Estas tablas resaltan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos año tras año.) * Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de su medicamento.] * **Revise si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el año próximo.**   + ¿Sus proveedores, incluidos los especialistas que visita regularmente, están en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales u otros proveedores que usted usa?   + Busque en la sección <section letter> [plan may insert reference, as applicable] la información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*. * **Piense en sus costos totales en el plan.** * [Insert if applicable: ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos de receta que usa regularmente?]   + ¿Cómo se compara el total de los costos con otras opciones de cobertura? * **Piense si está contento con nuestro plan.** | |
| **Si decide quedarse en <plan name>:** | **Si decide dejar <plan name>:** |
| Si desea quedarse con nosotros el año próximo, no tiene que hacer nada. Si no hace ningún cambio, usted seguirá automáticamente inscrito en nuestro plan. | [The plan should revise this paragraph as necessary.] Si decide que otra cobertura es mejor para sus necesidades, es posible que usted pueda dejar nuestro plan (consulte la Sección G2 para más información). Si deja nuestro plan, su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. Lea la sección <section letter> de la página <page number> para saber más sobre sus opciones. |

# C. Cambios al nombre del plan

[If the plan is not changing the plan name, delete this section. Plan with an anticipated name change at a time other than January 1 may modify the date below as necessary.]

El 1º de enero de 2021, el nombre de nuestro plan cambiará de <2020 plan name> a <2021 plan name>.

[Insert language to inform members whether they will get new Member ID Cards and how, as well as how the name change will affect any other member communication.]

# D. Cambios a los proveedores y a las farmacias de la red

[Plan with no changes to network providers and pharmacies, insert: No hemos hecho ningún cambio a nuestra red de proveedores y farmacias para el año próximo.

No obstante, es importante que usted sepa que podemos hacer cambios a nuestra red durante el año. Si su proveedor deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para más información, consulte el Capítulo 3 de su Manual del miembro [plan may insert reference, as applicable].]

[Plan with changes to provider and/or pharmacy networks, as described in Chapter 4 of the Medicare Managed Care Manual, Chapter 5 of the Medicare Prescription Drug Benefit Manual, and the Provider and Pharmacy Directories Requirements subsection in the Introduction to the State’s specific Marketing Guidance, insert: Nuestra red de[insert if applicable: proveedores] [y] [insert if applicable: farmacias] ha cambiado para 2021.

Le recomendamos que **revise su Directorio de proveedores y farmacias actual** para ver si sus proveedores o farmacias siguen en nuestra red. Hay un Directorio de proveedores y farmacias actualizado en nuestro sitio web en <web address>. También puede llamar a Servicios al miembro al <toll-free number> para pedir información actualizada o para pedir que le enviemos por correo un Directorio de proveedores y farmacias.

Es importante que usted sepa que también podemos hacer cambios a nuestra red durante el año. Si su proveedor deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para más información, consulte el Capítulo 3 de su Manual del miembro [plan may insert reference, as applicable].]

# E. Cambios a los beneficios [insert if applicable: y costos] para el año próximo

## E1. Cambios a los beneficios [insert if applicable: y costos] para los servicios de cuidado de salud

[If there are no changes in benefits or in cost sharing, replace the rest of the section with: No hay cambios a sus beneficios [insert if applicable: o a las cantidades que paga] por servicios de cuidado de salud. Nuestros beneficios [insert if applicable: y lo que usted paga por estos servicios de cuidado de salud cubiertos] serán exactamente iguales en 2021 que en 2020.]

Estamos cambiando nuestra cobertura para ciertos servicios de cuidado de salud [insert if applicable: y lo que usted paga por estos servicios de cuidado de salud cubiertos] el año próximo. La siguiente tabla describe estos cambios.

[The table must include:

* all new benefits that will be added or 2020 benefits that will end for 2021,
* new or changing limitations or restrictions, including prior authorizations, on benefits for 2021, **and**
* all changes in cost sharing for 2021 for covered health care services, including any changes to service category out-of-pocket maximums.]

|  | 2020 (este año) | 2021 (el año próximo) |
| --- | --- | --- |
| [Insert benefit name] | [For benefits that were not covered in 2020, insert:  [insert benefit name] **no** está cubierto.]  [For benefits with a copay insert:  Usted hace un copago de **$<2020 copay amount>** [insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., por visita al consultorio].] | [For benefits that will not be covered in 2021, insert:  [insert benefit name] **no** está cubierto.]  [For benefits with a copay insert:  Usted hace un copago de **$<2021 copay amount>** [insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., por visita al consultorio].] |
| [Insert benefit name] | [Insert 2020 cost or coverage, using format described above.] | [Insert 2021 cost or coverage, using format described above.] |

## E2. Cambios a la cobertura de medicamentos de receta

**Cambios a nuestra Lista de medicamentos**

[Plan that **did not include** a List of Covered Drugs in the envelope, insert: Usted recibirá una Lista de medicamentos cubiertos de 2021 en un envío por separado.]

[*Plan that* ***did not include*** *a List of Covered Drugs in the envelope and will not mail it separately unless requested, insert:* Una *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada se encuentra en nuestro sitio web en <web address>. Usted también puede llamar a Servicios al miembro al <toll-free number> para información de medicamentos actualizada o para pedir que le enviemos la *Lista de medicamentos cubiertos*.]

[Plan that **included** a List of Covered Drugs in the envelope, insert: Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos cubiertos de 2021 en este sobre.] La *Lista de medicamentos cubiertos* también se llama “Lista de Medicamentos”.

[Planwith no changes to covered drugs, tier assignment, or restrictions may replace the rest of this section with: No hicimos cambios a nuestra Lista de Medicamentos para el año siguiente. Los medicamentos que están en nuestra Lista de Medicamentos serán los mismos en 2021 que en 2020. Sin embargo, se nos permite hacer cambios a la Lista de Medicamentos en cualquier momento durante el año, con la aprobación de Medicare o de Rhode Island Medicaid. Para más información, consulte la Lista de Medicamentos de 2021.]

[Plans that offer indication-based formulary design must include: Si cubrimos un medicamento para algunas afecciones médicas, lo identificamos claramente en la Lista de medicamentos y en el Buscador de Planes de Medicare junto con las afecciones médicas específicas que están cubiertas.]

Hicimos cambios a nuestra Lista de Medicamentos, que incluyen cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos.

Revise la Lista de Medicamentos **para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el año próximo** y para ver si hay alguna restricción.

Si algún cambio en la cobertura de medicamentos le afecta, le recomendamos:

* Trabajar con su proveedor (u otro profesional) para encontrar un medicamento diferenteque sí cubrimos.
  + Puede llamar a Servicios al miembro al <toll-free number> [insert if applicable: o comuníquese con su administrador de cuidados] para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad.
  + Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pudiera funcionar para usted.
* [Plan should include the following language if they have an advance transition process for current members:] Trabaje con su proveedor (u otro profesional) y pida que el plan haga una excepciónpara cubrir el medicamento.
  + Puede pedir una excepción antes del año próximo y le daremos una respuesta a más tardar 72 horas después de que recibamos su pedido (o la declaración de apoyo de su proveedor).
  + Para saber lo que debe hacer para pedir una excepción, lea el Capítulo 9 del *Manual del miembro de 2021* [plan may insert reference, as applicable]o llame a Servicios al miembro al <toll-free number>.
  + Si usted necesita ayuda para pedir una excepción, puede comunicarse con Servicios al miembro [insert if applicable: o su administrador de cuidados.] Consulte el Capítulo 2 [plan may insert reference, as applicable] y el Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable] del Manual del miembro para aprender más sobre cómo comunicarse con su administrador de cuidados.
* [Plan should include the following language if all current members will **not** be transitioned in advance for the following year:]Pida al plan que cubra un suministro tempoal del medicamento.
  + En algunas situaciones, cubriremos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros [must be at least 90] días del año calendario.
  + Este suministro temporal será hasta por [insert supply limit (must be the number of days in a plan’s one-month supply)] días. (Para saber más sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo pedirlo, consulte el Capítulo 5 de su *Manual del miembro* [plan may insert reference, as applicable].)
  + Cuando usted reciba un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le acab. Puede cambiarse a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedir al plan que haga una excepción para usted y que cubra su medicamento actual.

[Plan may include additional information about processes for transitioning current enrollees to formulary drugs when your formulary changes relative to the previous plan year.]

[Include language to explain whether current formulary exceptions will still be covered next year or a new one needs to be submitted.]

**Cambios a los costos de los medicamentos de receta** **[option for plan with two drug payment stages]**

[Plan with two payment stages (i.e., a plan charging LIS cost-shares in the initial coverage stage) should include the following information in the ANOC.]

[If there are no changes in prescription drug costs, insert: No hay cambios en las cantidades que usted paga por medicamentos de receta en 2021. Para más información sobre su cobertura de medicamentos de receta, lea abajo.]

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de receta de la Parte D de Medicare bajo <plan name>. La cantidad que usted pague depende de en qué etapa esté cuando surta o resurta una receta. Las dos etapas son:

| Etapa 1  Etapa de cobertura inicial | Etapa 2  Etapa de cobertura catastrófica |
| --- | --- |
| Durante esta etapa, **el plan paga parte de los costos** desus medicamentos y usted paga su parte. La parte que le corresponde a usted se llama copago.  Usted inicia esta etapa cuando surte su primera receta del año. | Durante esta etapa, **el plan paga todos los costos** de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2021.  Usted comienza esta etapa cuando ya pagó cierta cantidad de gastos directos de su bolsillo. |

La etapa de cobertura inicial termina cuandoel total de sus gastos directos de su bolsillo para sus medicamentos alcanza los [*insert as applicable:* **$<initial coverage limit amount>** *or* **$<TrOOP amount>**]. En ese momento, la Etapa de cobertura catastrófica empieza. El plan paga todos sus gastos por medicamentos desde ese momento hasta el final del año. Consulte el Capítulo 6 de su *Manual del miembro* [*plan may insert reference, as applicable*]para más información sobre cuanto pagará por sus medicamentos de receta.

## E3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos de receta cubiertos y usted paga su parte. La parte que le corresponde a usted se llama copago. El copago depende de en qué nivel de costo compartido está el medicamento y de dónde lo obtiene usted. Usted hará un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted pagará el costo más bajo.

[Insert if applicable: **Pasamos algunos de los medicamentos de la Lista de Medicamentos a un nivel más alto o más bajo**. Si sus medicamentos se mueven de un nivel a otro, eso podría afectar su copago. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.]

La tabla a continuación muestra sus costos de medicamentos en cada uno de nuestros <number of tiers> niveles de medicamentos. Estas cantidades se aplican **sólo**durante el tiempo en el que está en la Etapa de cobertura inicial.

[Plan must list all drug tiers in the following table.]

|  | 2020 (este año) | 2021 (el año siguiente) |
| --- | --- | --- |
| **Medicamentos del Nivel <Tier number>**  ([Insert short description of tier (e.g., generic drugs)])  El costo de un suministro para un mes de un medicamento en el nivel <Tier number> surtido en una farmacia de la red | [Insert 2020 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es de **$<XX> por receta**.] | [Insert 2021 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es de **$<XX> por receta**.] |
| **Medicamentos del Nivel <Tier number>**  ([Insert short description of tier (e.g.,generic drugs)])  El costo de un suministro para un mes de un medicamento en el nivel <Tier number> surtido en una farmacia de la red | [Insert 2020 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es de **$<XX> por receta**.] | [Insert 2021 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es de **$<XX> por receta**.] |

La Etapa de cobertura inicial termina cuando el total de sus gastos directos de su bolsillo alcanza los [insert as applicable: **$<initial coverage limit amount>** or **$<TrOOP Amount>**]. En ese punto, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. El plan cubre todos sus costos de medicamentos desde ese momento hasta el fin del año. Consulte el Capítulo 6 de su *Manual del miembro* [plan may insert reference, as applicable]para más información sobre cuanto pagará por sus medicamentos de receta.

## E4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”

Cuando usted llega al límite de gastos de bolsillo de [*insert:* **$<TrOOP Amount>**] para sus medicamentos de receta, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Usted seguirá en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario.

* [Plan that does not reduce the copays for Medicaid-covered drugs in the catastrophic coverage stage should insert the following language: Cuando usted está en la Etapa de cobertura catastrófica, seguirá haciendo copagos por sus medicamentos cubiertos por Medicaid.]
* [Plan that does not reduce the copays for Medicaid-covered drugs in the catastrophic coverage stage should insert the following language: Para encontrar más información sobre cuáles de sus medicamentos están cubiertos por Rhode Island Medicaid versus los cubiertos por Medicare, consulte la Lista de medicamentos cubiertos, [plan may insert reference, as applicable].]

**Cambios a los costos de medicamentos de receta** [option for plan with a single payment stage]

[Plan with one payment stage (i.e., a plan with no cost-sharing for all Part D drugs,) should include the following information.]

[If there are no changes in prescription drug costs, insert: No hay cambios en las cantidades que usted paga por medicamentos de receta en 2021. Para más información sobre su cobertura de medicamentos de receta, lea abajo.]

[Insert if applicable: **Pasamos algunos de los medicamentos de la Lista de Medicamentos a un nivel más alto o más bajo**. [Insert if applicable: Si sus medicamentos se mueven de un nivel a otro, eso podría afectar su copago.] Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos.]

La tabla a ccontinuación muestra sus costos de medicamentos en cada uno de nuestros <number of tiers> niveles de medicamentos.

[Plan must list all drug tiers in the following table.]

|  | 2020 (este año) | 2021 (el año próximo) |
| --- | --- | --- |
| **Medicamentos del Nivel <Tier number>**  ([Insert short description of tier (e.g., generic drugs)])  El costo del suministro para un mes de un medicamento del nivel <Tier number> surtido en una farmacia de la red | [Insert 2020 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es de **$<XX> por receta**.] | [Insert 2021 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es de **$<XX> por receta**.] |
| **Medicamentos del Nivel <Tier number>**  ([Insert short description of tier (e.g., generic drugs)])  El costo del suministro para un mes de un medicamento del nivel <Tier number> surtido en una farmacia de la red | [Insert 2020 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es de **$<XX> por receta**.] | [Insert 2021 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es de **$<XX> por receta**.] |

# F. Cambios administrativos

[This section is optional. Plan with administrative changes that impact members (e.g., change in contract or PBP number) may insert this section, include an introductory sentence that explains the general nature of administrative changes, and describe the specific changes in the table below.]

|  | 2020 (este año) | 2021 (el año próximo) |
| --- | --- | --- |
| [Insert a description of the administrative process/item that is changing] | [Insert 2020 administrative description] | [Insert 2021 administrative description] |
| [Insert a description of the administrative process/item that is changing] | [Insert 2020 administrative description] | [Insert 2021 administrative description] |

# G. Cómo elegir un plan

## G1. Cómo quedarse en nuestro plan

Esperamos que siga como miembro con nosotros el próximo año.

Usted no tiene que hacer nada para quedarse en nuestro plan de salud**.** Si usted no se cambia a un plan Medicare Advantage, se cambia a Medicare Original, se inscribe en un plan de la Parte D de Medicare o cancela su inscripción en <plan name> y se inscribe en la cuota por servicio (FFS) de Rhode Island Medicaid para sus beneficios de Medicaid, usted se quedará inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan durante 2021.

## G2. Cómo cambiar de plan

[*If the plan’s* s*tate continues to implement a continuous Special Enrollment Period for dual eligible members (duals SEP) insert:* Usted puede terminar su participación en cualquier momento a lo largo del año cancelando su inscripción a <plan name> e inscribiéndose en otro plan Medicare Advantage, cambiándose a Medicare Original o inscribiéndose en un plan de la Parte D de Medicare e inscribiéndose en la cuota por servicio (FFS) de Rhode Island Medicaid para sus beneficios de Medicaid.]

[*If the plan’s state implements the dual-eligible individual and other LIS-eligible individual quarterly SEP effective 2021, insert:* La mayoría de personas con Medicare pueden terminar su participación durante ciertas épocas del año. Porque usted tiene Medicaid, usted puede terminar su participación en nuestro plan o cambiarse a otro plan una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos Especiales de Inscripción**:

* Enero a marzo
* Abril a junio
* Julio a septiembre

Además de estos tres Períodos Especiales de Inscripción, usted también puede terminar su participación en nuestro plan durante los siguientes períodos:

* El **Per**í**odo** **de Inscripción Anual,** que dura desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su participación en <plan name> terminará el 31 de diciembre y su participación en el nuevo plan comenzará el 1 de enero.
* El **Per**í**odo de Inscripción Abierta para Medicare Advantage,** que duradesde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su participación en el plan nuevo empezará el primer día del próximo mes.

Pueden haber otras situaciones en las que usted es elegible para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

* Medicare o Rhode Island Medicaid lo ha inscrito en un Plan de Medicare-Medicaid,
* Su elegibilidad para Rhode Island Medicaid o Ayuda adicional ha cambiado,
* Usted está recibiendo cuidado en un hogar para personas de la tercera edad o en un hospital de cuidado a largo plazo, **o**
* Usted se ha mudado fuera de nuestra área de servicio.]

## G3. Darse de baja de <plan name>

Siempre que pueda seguir optando a Medicare y Medicaid, puede dejar <plan name> y seguir recibiendo los beneficios de Medicare and Medicaid.

Recibirá los beneficios de Medicaid directamente de los médicos u otros proveedores. Es lo que se denomina cuota por servicio (FFS) de Rhode Island Medicaid.

Puede acceder a los beneficios de Medicare de tres formas:

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Usted puede cambiar a:**  **Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o Programa de cobertura total de salud para ancianos (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 para inscribirse en el plan de salud sólo de Medicare.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame a The POINT al 1-401-462-4444 (TTY 711). Ellos le enviarán a un consejero del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo. |
| **2. Usted puede cambiar a:**  **Medicare Original conun plan de medicamentos de receta de Medicare por separado** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame a The POINT al 1-401-462-4444 (TTY 711). Ellos le enviarán a un consejero del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original. |
| **3. Usted puede cambiar a:**  **Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado**  **NOTA:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no se quiere inscribir.  Solamente debe abandonar su cobertura de medicamentos conreceta si tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta sobre si usted necesita cobertura de medicamentos, lláme a The POINT al 1-401-462-4444 (TTY 711). Ellos le enviarán a un consejero del Programa de ayuda con los seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame a The POINT al 1-401-462-4444 (TTY 711). Ellos le enviarán a un consejero del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su Medicare Original. |

# H. Cómo obtener ayuda

## H1. Cómo obtener ayuda de <plan name>

¿Alguna pregunta? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios al miembro al <toll-free number> (sólo para TTY, llame al <TTY number>). Estamos disponibles para llamadas telefónicas <days and hours of operation>.

**Su *Manual del miembro* de 2021**

El *Manual del miembro de 2021* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Tiene detalles sobre los beneficios [insert if applicable: y costos] del año próximo. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos de receta cubiertos.

[If the ANOC is sent or provided separately from the Member Handbook, include the following: El Manual del miembro de 2021 estará disponible el 15 de octubre.][Insert if applicable: También puede revisar el *Manual del miembro* <adjunto ***or*** anexado ***or*** enviado por correo de manera separada> para ver si le afectan otros cambios de beneficio [insert if applicable: o costo].] La copia más actualizada del *Manual del miembro de 2021* se encuentra en nuestro sitio web en <web address>. También puede llamar a Servicios al miembro al <toll-free number> para pedirnos que le enviemos un *Manual del miembro de 2021*.

**Nuestro sitio web**

Usted también puede ir a nuestro sitio web en <web address>. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (el*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra Lista de medicamentos (*Lista de medicamentos cubiertos*).

## H2. Cómo obtener ayuda del agente de inscripciones del estado

[Plan should insert information about the enrollment broker, including a brief description on what kind of help the enrollment broker can provide.] Usted puede llamar a la Línea de inscripciones de plan de Medicare-Medicaid, al 1-844-602-3469, de lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

## H3. Cómo obtener ayuda de un Defensor de la Salud de RIPIN

El Defensor de la Salud de RIPIN en un programa de defensoría que puede ayudarle si está teniendo inconvenientes con <plan name>. Los servicios del defensor son gratuitos.

* El Defensor de la Salud de RIPIN en un programa de defensoría que trabaja como defensor en su nombre. Ellos pueden responder sus preguntas si usted tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender que hacer.
* El Defensor de la Salud de RIPIN asegura que usted tiene información relacionada con sus derechos y protecciones y cómo puede resolver sus inquietudes.
* El Defensor de la Salud de RIPIN no está vinculado con nosotros ni con otra compañía aseguradora o plan de salud. El número de teléfono del Defensor de la Salud de RIPIN es 1-855-747-3224 (TTY 711).

## H4. Cómo obtener ayuda Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Usted puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP). En Rhode Island, SHIP se llama The POINT. Los consejeros de SHIP pueden ayudarle a entender sus opciones del plan Medicare-Medicaid y de otros planes. SHIP no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con el plan de salud. SHIP tiene consejeros capacitados en todos los estados y los servicios son gratuitos. En Rhode Island, usted puede obtener un referido para un consejero de SHIP llamando a The POINT al 1-401-462-4444 (TTY 711).

## H5. Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1‑800‑633-4227), las 24 horas al día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1‑877‑486-2048.

**El sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](http://es.medicare.gov/)). Si usted decide cancelar su inscripción en el plan Medicare-Medicaid e inscribirse en un plan Medicare Advantage, el sitio web de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes Medicare Advantage. Usted puede encontrar información sobre los planes Medicare Advantage que hay en su área al usar el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para leer la información sobre los planes, vaya a [es.medicare.gov](https://es.medicare.gov/) y haga clic en “Buscar planes”.)

***Medicare y usted 2021***

Puede leer el Manual *Medicare y usted 2021*. Enviamos este folleto a las personas que tiene Medicare todos los años, en el otoño. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare.

Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](https://es.medicare.gov/)) o llame al 1‑800‑MEDICARE (1‑800‑633‑4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## H6. Como obtener ayuda de Rhode Island Medicaid

Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a Rhode Island Medicaid al Centro de Llamadas de DHS al 1-855-697-4347.

[Plan may also insert similar sections for the QIO or additional resources that might be available.]