

Aviso Anual de Cambios para 2021



RiverSpring Star

(HMO I-SNP)

Para obtener más información, llámenos al **1-800-580-7000** (TTY/TDD 711),
de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este, los 7 días de la semana.

RiverSpring Star (HMO I-SNP) ofrecido por RiverSpring Health Plans

Aviso Anual de Cambios para 2021

Actualmente, usted está inscrito como miembro de RiverSpring Star (HMO I-SNP). El próximo año habrá algunos cambios en los beneficios y costos del plan. *Este manual le informa acerca de los cambios.*

- **Tiene un plazo que va del 15 de octubre al 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios le corresponden

- Verifique los cambios en nuestros costos y beneficios para ver si le afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de cumplirá con sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usa?
 - Consulte la Sección 1 para obtener información sobre los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan.
- Verifique en el manual los cambios a nuestra cobertura de medicamentos con receta para ver si le afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Se encuentran sus medicamentos en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como la necesidad de obtener nuestra aprobación antes de que surta su medicamento?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de Medicamentos 2021 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios a nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de su medicamento hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle en gastos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos paneles de control muestran los fabricantes que han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de los precios de medicamentos año tras año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos, incluso los especialistas que consulta con regularidad, se encuentran en nuestra red?
 - ¿Qué sucede con los hospitales y otros proveedores que consulta?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de Proveedores.
- Considere todos los costos de sus servicios de atención médica.
 - ¿Cuál será su gasto de bolsillo para los servicios y los medicamentos con receta que usa regularmente?
 - ¿Cuánto gastará por su prima y deducibles del seguro médico?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

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

- Verifique la cobertura y los costos de planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada del Buscador de planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Buscar planes de salud y medicamentos”.
 - Revise la lista al dorso de su manual Medicare y Usted.
 - Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles sobre sus opciones.
- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y su 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 de 2020, será inscrito en RiverSpring Star (HMO I-SNP).
- Para cambiarse a un **plan diferente** que se adapte mejor a sus necesidades, puede cambiar de plan o puede cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, será inscrito en RiverSpring Star (HMO I-SNP).
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2021**. Su inscripción en el plan actual se **cancelará automáticamente**.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español de manera gratuita.

- Llame al número de Servicio al Cliente al 1-800-580-7000 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este, los 7 días de la semana.
- Puede obtener esta información de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-800-580-7000 y TTY/TDD: 711 de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este. La llamada es gratuita.
- **La cobertura que abarca este plan cumple con los requisitos como cobertura médica calificada (QHC, en inglés)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés), <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>, para obtener más información.

Acerca de RiverSpring Star (HMO I-SNP)

- RiverSpring Star (HMO I-SNP) es un plan que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en RiverSpring Star (HMO I-SNP) depende de la renovación del contrato.
- Cuando este manual dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa RiverSpring Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa RiverSpring Star (HMO I-SNP).

Resumen de costos importantes para 2021

La tabla que está a continuación compara los costos de 2020 y 2021 de RiverSpring Star (HMO I-SNP) en distintas áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto solamente es un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, www.RiverSpringHealthPlans.org. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta o más baja que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$36.60	\$42.30
Deducible de la Parte B	\$198	\$203
Gasto máximo de bolsillo Esto será lo <u>máximo</u> que pagará de gasto de bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$6,700 por los servicios que recibe de los proveedores que forman parte de la red	\$7,550 por los servicios que recibe de los proveedores que forman parte de la red
Visitas al consultorio del médico	Visitas al médico de atención primaria: 20% por visita Visitas a un especialista: 20% por visita	Visitas al médico de atención primaria: 20% por visita Visitas a un especialista: 20% por visita

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p>Hospitalización para pacientes hospitalizados Incluye hospitales de atención a largo plazo, rehabilitación para pacientes hospitalizados, atención aguda para pacientes hospitalizados y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en el que es admitido formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a que le den el alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p>Deducible de \$1,408 para cada período de beneficios Días 1 a 60: copago de \$0 por día Días 61 a 90: copago de \$352 por día Días 91 a 150: copago de \$704 por día para 60 días de reserva de por vida. Días de reserva de por vida en adelante: todos los costos.</p>	<p>Deducible de \$1,484.00 para cada período de beneficios Días 1 a 60: copago de \$0 por día Días 61 a 90: copago de \$371 por día Días 91 a 150: copago de \$742 por día para 60 días de reserva de por vida. Días de reserva de por vida en adelante: todos los costos.</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$435 Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamento: 25% <p>Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, es posible que sea elegible para costos compartidos reducidos. Consulte el “Anexo para subsidio por ingresos bajos (Anexo LIS, en inglés)”.</p>	<p>Deducible: \$445 Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamento: 25% <p>Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, es posible que sea elegible para costos compartidos reducidos. Consulte el “Anexo para subsidio por ingresos bajos (Anexo LIS, en inglés)”.</p>

Aviso Anual de Cambios para 2021
Índice

Resumen de costos importantes para 2021	5
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año	8
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	8
Sección 1.2 – Cambios en el gasto máximo de bolsillo.....	8
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 costos y beneficios para los servicios médicos.....	10
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	11
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir.....	15
Sección 2.1 – Si quiere permanecer en RiverSpring Star (HMO I-SNP)	15
Sección 2.2 – Si quiere cambiar de plan	15
SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan.....	16
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	16
SECCIÓN 5 Programas que le ayudan a pagar sus medicamentos con receta.....	17
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	17
Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de RiverSpring Star (HMO I-SNP).....	17
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	18

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Prima mensual (También tiene que seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$36.60 para la prima de la Parte D	\$42.30 para la prima de la Parte D

- La prima mensual de su plan será *mayor* si se le exige pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada “cobertura válida”) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, puede que deba pagar un monto mensual adicional directamente al gobierno para su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe una “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 sobre “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 1.2: Cambios en el gasto máximo de bolsillo

Para protegerle, Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad de “gastos de bolsillo” que debe realizar durante el año. Este límite se denomina “gasto máximo de bolsillo”. Una vez que llegó a ese monto, por lo general, no debe pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Gasto máximo de bolsillo	\$6,700	\$7,550
Sus costos para los servicios médicos cubiertos (como, por ejemplo, los copagos y deducibles) cuentan dentro del gasto máximo de bolsillo. Su prima del plan de salud y sus costos por los medicamentos con receta no cuentan dentro del gasto máximo de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$7,550 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no deberá pagar nada más por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

Existen cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web, www.RiverSpringHealthPlans.org, encontrará el Directorio de Proveedores actualizado. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos el Directorio de Proveedores por correo postal.

Verifique el Directorio de Proveedores de 2021 para corroborar si sus proveedores (proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.

Es importante que sepa que realizaremos cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Existen varios motivos por los que su proveedor de servicios de salud puede abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandonan el plan, usted tendrá determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, tenemos que proporcionarle acceso ilimitado a médicos y especialistas calificados.
- Haremos nuestro mayor esfuerzo para proporcionarle un aviso de al menos 30 días en el que le comunicaremos que su proveedor está por abandonar el plan, para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor de servicios médicos calificado para seguir gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que nos aseguremos de que no se interrumpa dicho tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros colaboraremos con usted.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor, o que no se está administrando su cuidado de forma adecuada, usted tiene el derecho de presentar una apelación sobre nuestra decisión.

- Si sabe que su médico o especialista está por abandonar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención médica.

Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia a la cual acude. Los planes de Medicare incluyen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *únicamente* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Existen cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web, www.RiverSpringHealthPlans.org, encontrará el Directorio de Farmacias actualizado. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de Farmacias por correo postal. **Revise el Directorio de Farmacias de 2021 para ver qué farmacias hay en nuestra red.**

Sección 1.5: Cambios en los costos y beneficios para los servicios médicos

Estamos haciendo cambios en nuestra cobertura para determinados servicios médicos el año próximo. La información que figura a continuación describe dichos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted debe pagar)*, en su *Evidencia de Cobertura 2021*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Servicios cardíacos y pulmonares: Terapia con ejercicios supervisados (SET, en inglés) cubierta por Medicare para la enfermedad arterial periférica (PAD, en inglés) sintomática	No aplicable	Usted paga un coseguro del 20% para servicios cubiertos por Medicare. Se requiere autorización

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Servicios de diálisis	<u>No</u> se requiere autorización	Se requiere autorización para miembros sin certificación de enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, en inglés) en el formulario 2728 de la HCFA.
Artículos de venta libre (OTC, en inglés)	\$70.00 por mes. Todo monto que no se use <u>no</u> se transfiere al período siguiente.	\$170.00 por mes. Todo monto que no se use <u>no</u> se transfiere al período siguiente.
Medicamentos de la Parte B y medicamentos de infusión domiciliar de Medicare	Medicamentos de quimioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare	Medicamentos de quimioterapia/radioterapia de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare

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

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestro listado de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de Medicamentos”. Se proporciona una copia de nuestra Lista de Medicamentos por vía electrónica. **Para obtener la Lista de Medicamentos *completa***, llame a Servicio al Cliente (consulte la contraportada) o visite nuestro sitio web, www.RiverSpringHealthPlans.org.

Hemos hecho cambios en nuestra Lista de Medicamentos, que incluyen cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el año próximo y ver si habrá restricciones.**

Si algún cambio en la cobertura de los medicamentos le afecta, usted puede:

- **Trabajar con su médico (u otro profesional que le emite las recetas) y pedir al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Alentamos a los miembros actuales** a que pidan una excepción antes del próximo año.
 - Para obtener más información sobre lo que tiene que hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) o llame a Servicio al Cliente.

- **Trabajar con su médico (u otro profesional que le emite las recetas) para encontrar un medicamento diferente** que tenga cobertura. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten el mismo problema de salud.

En algunas situaciones, se nos exige que cubramos un suministro provisional de un medicamento que no está en la lista durante los primeros 90 días de cobertura del año del plan o durante los primeros 90 días de participación para evitar un lapso en la terapia. (Para obtener más detalles acerca de cuándo puede obtener un suministro provisional y cómo puede pedir uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de Cobertura*). Durante el período en que obtenga su suministro de medicamentos provisional, debería hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine dicho suministro provisional. Puede cambiar por un medicamento diferente que esté cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción en su caso y cubra su medicamento actual.

Si aprobamos su excepción de formulario en 2020, es posible que su autorización siga siendo válida. Consulte su carta de aprobación que incluye la fecha de finalización de su excepción de formulario. Si no puede encontrar su carta de aprobación o tiene preguntas relacionadas con el plazo o las aprobaciones, consulte los números de teléfono proporcionados en este documento y comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente.

Para 2021, los miembros en centros de atención médica a largo plazo (LTC, en inglés) recibirán un suministro de transición de medicamentos para 31 días provisional.

En la mayoría de los casos, las excepciones de la lista de medicamentos están aprobadas durante un año por vez. Es posible que necesite una nueva excepción de la lista de medicamentos cuando la suya expire. Para obtener más información sobre cómo obtener una excepción de la lista de medicamentos, llame al Centro de Asistencia de Farmacia de RiverSpring Star al 1-855-898-1482.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos entran en vigencia al inicio de cada año. Sin embargo, durante el año, puede que introduzcamos otros cambios que estén permitidos en virtud de las reglas de Medicare.

Cuando hagamos estos cambios en la Lista de Medicamentos durante el año, usted puede continuar trabajando con su médico (o con el profesional que emite recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. Además, seguiremos actualizando nuestra Lista de Medicamentos en línea según lo programado y proporcionando cualquier 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 está en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a usted.** Incluimos un folleto por separado, denominado “Anexo de la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben la Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos con receta” (también denominado “Anexo para subsidio por ingresos bajos” o el “Anexo LIS” [en

inglés]), que le informa acerca de los costos de sus medicamentos. Si recibe la “Ayuda Adicional” y no ha recibido este anexo antes del 9/30/2020, llame a Servicio al Cliente para pedir el “Anexo LIS”.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. Lo que paga por los medicamentos de la Parte D depende de la etapa de cobertura para medicamentos en la que se encuentre. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información que figura a continuación muestra los cambios para el próximo año en las primeras dos etapas: Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: la Etapa de lapso en la cobertura o la Etapa de cobertura para casos catastróficos. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web, www.RiverSpringHealthPlans.org. También puede revisar la *Evidencia de Cobertura* enviada por separado por correo postal para saber si otros costos o beneficios le afectan. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta alcanzar el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$435.00</p>	<p>El deducible es de \$445.00</p> <p>Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, es posible que sea elegible para costos compartidos reducidos. Consulte el “Anexo para subsidio por ingresos bajos (Anexo LIS)”.</p>

Cambios en su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial

Para obtener más detalles sobre el funcionamiento de los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos*, en su *Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte de dicho costo.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 Usted paga el 25% del costo total.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, es posible que sea elegible para costos compartidos reducidos. Consulte el “Anexo para subsidio por ingresos bajos (Anexo LIS)”.</p>
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos que aparecen en esta fila corresponden al suministro de un mes (31 días) cuando surta sus medicamentos con receta en una farmacia de la red con costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de medicamentos con receta con servicio de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos han alcanzado \$4020.00, pasará a la siguiente etapa (Etapa de lapso en la cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos han alcanzado \$4,130, pasará a la siguiente etapa (Etapa de lapso en la cobertura).</p>

Cambios en el lapso en la cobertura y las etapas de la cobertura para casos catastróficos

Las otras dos etapas de cobertura para los medicamentos, la Etapa de lapso en la cobertura y la Etapa de cobertura para casos catastróficos, son para aquellas personas que tienen costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa de lapso en la cobertura o**

la Etapa de cobertura para casos catastróficos. Para obtener información sobre sus costos durante estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 en su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si quiere permanecer en RiverSpring Star (HMO I-SNP)

Para permanecer en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se suscribe en un plan diferente ni cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, será inscrito en nuestro plan RiverSpring Star (HMO I-SNP) automáticamente.

Sección 2.2: Si quiere cambiar de plan

Esperamos que siga siendo nuestro miembro durante el próximo año, pero si desea cambiar para el año 2021, debe seguir estos pasos:

Paso 1: Obtenga más detalles y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud diferente de Medicare,
- *O bien* puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si desea inscribirse en el plan de medicamentos de Medicare. Si usted no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 referente a una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más detalles acerca de Original Medicare y de los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y Usted 2021*, llame a su Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su localidad al usar el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **En el presente documento, encontrará la información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

Le recordamos que RiverSpring Health Plans ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden ser diferentes con respecto a la cobertura, las primas del plan de salud mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambiar su cobertura

- Para cambiarse **a un plan de salud diferente de Medicare**, debe inscribirse en un plan nuevo. Su inscripción en RiverSpring Star (HMO I-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, debe inscribirse en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en RiverSpring Star (HMO I-SNP) se cancelará automáticamente.

- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, entonces deberá:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita obtener más información sobre cómo debe hacer este trámite (los números de teléfono aparecen en la Sección 6.1 de este manual).
 - *O bien*, comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el año siguiente, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2021.

¿Se pueden realizar cambios en otros momentos del año?

En algunos casos, los cambios también se permiten en otros momentos del año. Por ejemplo, es posible que los miembros de Medicaid, los que reciben la “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, los que tengan o dejen la cobertura de su empleador, y los que están fuera del área de servicio puedan hacer cambios en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de Cobertura*.

Puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (SHIP, en inglés) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva York, el SHIP se denomina Programa de Información, Asesoramiento y Ayuda sobre Seguros de Salud (HIICAP, en inglés) de la Oficina de la Tercera Edad.

HIICAP es independiente (no está vinculado a ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre los seguros médicos en su localidad a las personas que tienen Medicare. Los consejeros de HIICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder las preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar a HIICAP al 1-800-701-0501. Puede obtener más información acerca de HIICAP visitando su sitio web (<https://aging.ny.gov/HealthBenefits/Index.cfm>).

SECCIÓN 5 Programas que le ayudan a pagar sus medicamentos con receta

Usted puede cumplir con los requisitos para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación, enumeramos distintos tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para la “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare puede pagar hasta un 75% o más del costo de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califican no tendrán un lapso en la cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para corroborar si usted califica, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes)
 - O bien, su oficina estatal de Medicaid (solicitudes)
- **Ayuda del programa de ayuda para medicamentos de su estado.** Nueva York tiene un programa denominado Cobertura de Seguro Farmacéutico para la Tercera Edad (EPIC, en inglés) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para conocer más detalles sobre el programa, consulte el Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 4 de este manual).
- **Asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, en inglés) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que padecen de VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que les permita salvar la vida. Las personas tienen que cumplir con determinados criterios, que incluyen la prueba de residencia en el estado y de su estado de VIH, prueba de ingresos bajos según la definición del estado y prueba de estado sin cobertura de seguro médico o estado de cobertura no adecuada. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta a través de los Programas de atención médica para pacientes con VIH que no tienen seguro médico del Estado de Nueva York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de RiverSpring Star (HMO I-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-580-7000. (TTY/TDD únicamente, llame al 711). La atención telefónica se encuentra disponible los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Este *Aviso Anual de Cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus costos y beneficios para el año 2021. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* 2021 de RiverSpring Star (HMO I-SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada y legal de sus beneficios del plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, www.RiverSpringHealthPlans.org. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web, www.RiverSpringHealthPlans.org. Le recordamos que nuestro sitio web posee la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores de servicios de salud (Directorio de Proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

Sección 6.2: 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) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Posee información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes en su localidad al usar el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para consultar la información acerca de los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y medicamentos”).

Lea el manual *Medicare y Usted 2021*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2021*. Todos los años, durante el otoño, se envía este manual por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Aviso de no discriminación

ElderServe Health, Inc., cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ElderServe Health, Inc., no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ElderServe Health, Inc:

- Ofrece ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse efectivamente con nosotros, como, por ejemplo,
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como, por ejemplo,
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles. Si considera que ElderServe Health, Inc., no le ha proporcionado estos servicios o usted ha sido discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Civil Rights Coordinator
80 West 225th Street
Bronx, NY, 10463
Teléfono: 1-347-842-3660, TTY/TDD 711
Fax: 1-888-341-5009

Puede realizar una queja formal en persona o por correo postal, teléfono o fax. Si necesita ayuda para hacer una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo. También puede hacer una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU., por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>,

o por correo electrónico o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamos se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Texto en varios idiomas

English: ATTENTION: If you speak non-English language or require assistance, language assistance services free of charge, are available to you. Call 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711)

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711).

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711)

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711).

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711). 번으로 전화해 주십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-580-7000 (телетайп: 711).

Arabic: برقم اتصل بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن اللغة، اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة 1-800-580-7000 هاتف الصم والبكم: (711). رقم

Italian: ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711).

Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711).

French Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711).

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711).

Hindi: ध्यान दः यद आप हदी बोलते ह तो आपके िलए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711). पर कॉल कर।

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-580-7000 (TTY/TDD 711) まで、お電話にてご連絡ください。

RiverSpring Health Plans

1-800-580-7000 (TTY/TDD 711)

de 8 a. m. a 8 p. m. hora del Este, los 7 días de la semana.

RiverSpringHealthPlans.org