



Longevity Health Plan (PPO I-SNP) ofrecido por

Longevity Health Plan of New Jersey Insurance Company

Aviso anual de cambios para 2022

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Longevity Health Plan (PPO I-SNP). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto correspondientes a nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si se aplican a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Los medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido distinto?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos para 2022 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.

- Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado con respecto al año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos anuales de su bolsillo durante todo el año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.medicare.gov/drugprices), y haga clic en el enlace “cuadros” en el centro de la segunda Nota hacia la parte inferior de la página. Estos cuadros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos por año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.

- ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que consulta regularmente, se encuentran en nuestra red?
- ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
- Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro *D*
- *Directorio de proveedores*.

Piense acerca de los costos de atención de la salud generales.

- ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
- ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
- ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Conozca otras opciones del plan

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

- Use la función de búsqueda personalizada Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
- Revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)*.
- Consulte la 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.

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

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, permanecerá inscrito en Longevity Health Plan (PPO I-SNP).
- Si desea cambiar a un **plan diferente** que satisfaga mejor sus necesidades, puede cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-888-899-8490. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) Los horarios son 8 a.m. a las 8 p.m., siete días a la semana (excepto Thanksgiving y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
- Este documento también está disponible en braille y en letra grande.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (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 Longevity Health Plan (PPO I-SNP)

- Longevity Health Plan of New Jersey Insurance Company es un plan LPPO-MAPD con un contrato con Medicare. La inscripción en Longevity Health Plan of New Jersey Insurance Company depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Longevity Health Plan of New Jersey Insurance Company. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Longevity Health Plan (PPO I-SNP).

Resumen de costos importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 y 2022 para Longevity Health Plan (PPO I-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** En nuestro sitio web www.longevityhealthplan.com, encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$37.30	\$37.10
Montos máximos que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	De proveedores de la red: \$3,000 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$5,100	De proveedores de la red: \$3,000 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$5,100
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: En la red: \$0 copago por consulta Fuera de la red: 30% coseguro por consulta Consultas a especialistas: En la red: 0%-20% coseguro por consulta Fuera de la red: 30% coseguro por consulta	Consultas de atención primaria: En la red: \$0 copago por consulta Fuera de la red: 30% coseguro por consulta Consultas a especialistas: En la red: 0%-20% coseguro por consulta Fuera de la red: 30% coseguro por consulta

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p>	<p>En la red:</p> <p>Copago de \$1,300 por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare. Copago de \$0 por 60 días de reserva de por vida adicionales.</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$1,300 por visita.</p>	<p>En la red:</p> <p>Copago de \$1,300 por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare. Copago de \$0 por 60 días de reserva de por vida adicionales.</p> <p>Fuera de la red: Copago de \$1,300 por visita.</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$445</p> <p><u>Coseguro durante la etapa de cobertura inicial</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 25% coseguro para todos los medicamentos cubiertos 	<p>Deducible: \$480</p> <p><u>Coseguro durante la etapa de cobertura inicial</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 25% coseguro para todos los medicamentos cubiertos

Aviso anual de cambios para 2022 Índice

Resumen de costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	4
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	4
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	5
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	6
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	7
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	9
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	12
Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Longevity Health Plan (PPO I-SNP).....	12
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	12
SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan	13
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	13
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	13
SECCIÓN 6 Preguntas.....	14
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Longevity Health Plan (PPO I-SNP)	14
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	15

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$37.30	\$37.10

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 acerca de “Ayuda adicional” de Medicare.

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

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Estos límites se denominan “montos máximos que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	\$3,000	<p>\$3,000</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p> <p>No hay cambio de beneficios para el próximo año</p>
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo combinado</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores dentro y fuera de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado. Los costos de la prima del plan y de los medicamentos con receta para pacientes externos no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos.</p>	\$5,100	<p>\$5,100</p> <p>Una vez que haya pagado \$5,100 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores dentro o fuera de la red durante el resto del año calendario.</p> <p>No hay cambio de beneficios para el próximo año.</p>

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.longevityhealthplan.com hay un *Directorio de proveedores* actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores*. **Revise el *Directorio de proveedores de 2022* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.longevityhealthplan.com hay un *Directorio de farmacias* actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de farmacias*. **Revise el *Directorio de farmacias de 2022* para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura* de 2022.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Beneficio de acompañante para necesidades sociales	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>El beneficio de acompañamiento para necesidad social se centra en brindar compañía como apoyo a los miembros en casos de salud conductual y esos diagnosticados con demencia hasta que comienza el plan de tratamiento terapéutico. Este beneficio está disponible por medio de medio de telesalud.</p> <p>Límite de 144 horas por año.</p> <p><i>Se requiere una remisión.</i></p>	<p>Usted paga \$0 de copago</p> <p>El beneficio de acompañamiento para necesidad social se centra en brindar compañía como apoyo a los miembros en casos de salud conductual y esos diagnosticados con demencia hasta que comienza el plan de tratamiento terapéutico. Este beneficio está disponible por medio de medio de telesalud.</p> <p>Límite de 190 horas por año.</p> <p><i>Se requiere una remisión.</i></p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Autorizaciones previas	<u>Servicios que requieren autorizaciones previa</u>	<u>Cambios en los servicios que requieren autorización previa</u>
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos especialistas: Se requiere autorización solo para ciertas cirugías y procedimientos de radiología. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos especialistas: Se requiere autorización solo para procedimientos de radiología intervencionista, procedimientos de cardiología intervencionista, imágenes por resonancia magnética (MRI), escáneres de adquisición de múltiples puertas (MUGA), tomografías por emisión de positrones (PET), cateterismo cardíaco no emergente y estudios de medicina
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios especializados de salud mental: Se requiere autorización previa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios especializados de salud mental: Solo se requiere autorización previa para servicios de pruebas psicológicas y asesoramiento.
	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos / pruebas / laboratorios de diagnóstico para pacientes ambulatorios: No se requiere autorización para los servicios de laboratorio prestados en cualquier lugar de servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos / pruebas / laboratorios de diagnóstico para pacientes ambulatorios: Se requiere autorización previa para cualquier laboratorio de pruebas genéticas.
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: Se requiere autorización previa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios: Se requiere autorización previa; sin embargo, cualquier tomografía computarizada de emergencia realizada u ordenada por una enfermera practicante de Longevity o un proveedor participante o contratado no requiere autorización previa.
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de diálisis: Se requiere autorización previa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de diálisis: Solo se requiere autorización previa para los planes de tratamiento de diálisis iniciales y luego anualmente.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Remisiones	<u>Servicios que requieren remisiones</u>	<u>Cambios en los servicios que requieren remisiones</u>
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios para pacientes hospitalizados para casos agudos: No se requiere una remisión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios para pacientes hospitalizados para casos agudos: Se requiere una remisión para cualquier colocación en un Hospital de atención aguda a largo plazo.

Servicios del programa de tratamiento para opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT).
- Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde).
- Asesoramiento sobre consumo de sustancias.
- Terapia individual y grupal.
- Pruebas toxicológicas.
- Actividades de admisión.
- Evaluaciones periódicas.

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos por vía electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a usted, puede hacer lo siguiente:

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** solicitar una excepción antes del próximo año.

- Para saber qué debe 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 Servicios para los miembros.
- **Consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo planeado y proporcionaremos otra información obligatoria para reflejar los cambios de los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar 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 participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Hemos enviado un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominado “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Debido a que usted recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre del 2021, llame a Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”.

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

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web, disponible en

www.longevityhealthplan.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de de la Parte D hasta que alcance el deducible anual.</p>	El deducible es de \$445.	El deducible es de \$480.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes de obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Usted paga 25% coseguro</p> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes de obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Usted paga 25% coseguro</p> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,430, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura ni a**

la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Longevity Health Plan (PPO I-SNP)

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan Longevity Health Plan (PPO I-SNP).

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

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

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse oportunamente en un plan de salud de Medicare diferente.
- O BIEN, puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una potencial multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Longevity Health Plan (PPO I-SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Longevity Health Plan (PPO I-SNP).

- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (en la Sección 6.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
 - O puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan

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

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En New Jersey, el SHIP se denomina New Jersey State Health Insurance Assistance Program (SHIP).

New Jersey State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el fin de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del New Jersey State Health Insurance Assistance Program (SHIP) pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a New Jersey State Health Insurance Assistance Program (SHIP) al 1-800-792-8820. Para obtener más información sobre New Jersey State Health Insurance Assistance Program (SHIP), visite su sitio web (<http://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/index.html>)

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los

medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame a las siguientes opciones:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7:00 a. m. a 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.** New Jersey tiene un programa denominado New Jersey Division of Medical Assistance and Health Services que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 4 de este folleto).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través de AIDS Drug Distribution Program (ADDP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-877-613-4533.

SECCIÓN 6 Preguntas

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Longevity Health Plan (PPO I-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-888-899-8490. (Solo los servicios de TTY deben llamar al 711.) Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a.m. hasta las 8 p.m., siete días a la semana (excepto Thanksgiving y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2022* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este Aviso anual de cambios le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2022* para Longevity Health Plan (PPO I-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. En nuestro sitio web www.longevityhealthplan.com encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.longevityhealthplan.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*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, haga lo siguiente:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información acerca de 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 disponibles en su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para conocer más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare & You 2022* (*Medicare y Usted 2022*)

Usted puede leer el manual *Medicare & You 2022* (*Medicare y Usted 2022*). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Servicios para los miembros de Longevity Health Plan (PPO I-SNP)

Método	Servicios para los Miembros información de contacto
LLAME AL	1-888-899-8490 Las llamadas a estos números son gratuitas. Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a.m. hasta las 8 p.m., siete días a la semana (excepto Thanksgiving y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Member Services also has free language interpreter services available for non-English speakers.
TTY	711 Las llamadas a estos números son gratuitas. Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a.m. hasta las 8 p.m., siete días a la semana (excepto Thanksgiving y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	1-855-969-5877
ESCRIBA A	Longevity Health Plan 5509 W Gray Street, Suite 200 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.longevityhealthplan.com

New Jersey State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

New Jersey State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	New Jersey State Health Insurance Assistance Program (SHIP) – información de contacto
LLAME	1-800-792-8820 9 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes
TTY	711 - Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA AL	Division of Aging Services P.O. Box 715 Trenton, NJ 08625-0715
SITIO WEB	http://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/index.html

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA). De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.