



## Planes De Medicamentos Con Receta De Medicare

*Cigna Secure-Extra Rx (PDP) ofrecido por Cigna*

# NOTIFICACIÓN ANUAL DE CAMBIOS PARA 2021

En este momento, usted está inscrito como miembro de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP). El próximo año, los costos y los beneficios del plan sufrirán algunos cambios. *Este cuadernillo le brinda información sobre los cambios.*

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

### Qué tiene que hacer ahora

#### 1. PREGUNTE: Qué cambios le afectan.

- Fíjese qué cambios se hicieron en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
  - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que pueda cubrir sus necesidades el próximo año.
  - ¿Los cambios afectan los servicios que usted usa?
  - En las Secciones 2 y 3 encontrará información sobre los cambios en los beneficios y los costos que se implementarán en nuestro plan.
- Fíjese en el cuadernillo qué cambios se hicieron en nuestra cobertura de medicamentos con receta para ver si le afectan.
  - ¿Los medicamentos que toma estarán cubiertos?
  - ¿Los medicamentos que toma están en un nivel diferente, con costos compartidos diferentes?
  - ¿Alguno de los medicamentos que toma tiene restricciones nuevas, como necesitar nuestra aprobación antes de que le despachen su receta?
  - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay algún cambio en el costo de usar esta farmacia?
  - Consulte la Lista de medicamentos de 2021 y, en la Sección 2.3, encontrará información sobre los cambios que se implementarán en nuestra cobertura de medicamentos.
  - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado respecto del año pasado. Consulte a su médico acerca de alternativas de menor costo que puedan estar a su disposición; esto puede permitirle ahorrar en los costos de desembolso anuales durante el año. Para obtener información adicional acerca de los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices). Estos tableros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también incluyen otra información sobre los precios de los medicamentos año a año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus propios medicamentos.

S5617\_21\_87952\_270S\_M

OMB Approval 0938-1051 (Expires: December 31, 2021)  
21\_A\_S5617\_270\_S

- Piense en sus costos de cuidado de la salud totales.
- ¿Cuánto gastará de su bolsillo para pagar los servicios y los medicamentos con receta que usa regularmente?
  - ¿Cuánto gastará en su prima y en los deducibles?
  - En cuanto a los costos totales de su plan, ¿qué diferencia hay con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está conforme con nuestro plan.

**2. COMPARE:** Conozca otras opciones de planes.

- Consulte la cobertura y los costos de los planes disponibles en su área.
- Use la función de búsqueda personalizada del Localizador de planes de Medicare que se encuentra en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).
  - Revise la lista incluida en la parte de atrás del manual Medicare y usted.
  - En la Sección 4.2 podrá obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que haya encontrado un plan preferido, confirme sus costos y la cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si no se afilia a otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, se le inscribirá en Cigna Secure-Extra Rx (PDP).
- Si desea cambiar por **otro plan** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, podrá hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

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

- Si no se afilia a otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, se le inscribirá en Cigna Secure-Extra Rx (PDP).
- Si se afilia a otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

**Recursos adicionales**

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-800-222-6700 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático responda su llamada durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.
- Esta información está disponible de forma gratuita en un formato diferente, en braille o en letra grande. Llame a Servicio al Cliente al número que aparece más arriba si necesita información del plan en otro formato.

**Acerca de Cigna Secure-Extra Rx (PDP)**

- Cigna-HealthSpring Rx (PDP) es un Plan de medicamentos con receta (PDP) de Medicare que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato.
  - Cuando este cuadernillo dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Cigna. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Cigna Secure-Extra Rx (PDP).
-

**Resumen de costos importantes para 2021**

La siguiente tabla compara los costos de 2020 con los costos de 2021 de Cigna Secure-Extra Rx (PDP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web [cigna.com/member-resources](http://cigna.com/member-resources). También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser más alta o más baja que este importe. Consulte los detalles en la Sección 2.1.	<b>\$49.20</b>	<b>\$49.20</b>
<b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte los detalles en la Sección 2.3). Para averiguar qué medicamentos son insulinas seleccionadas, consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo. Si tiene alguna pregunta sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).	Deducible: \$0 por los medicamentos de los Niveles 1, 2, 3 y 6 \$100 por los medicamentos de los Niveles 4 y 5  Copagos o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nivel de medicamento 1:</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> \$15.00 por receta  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> \$4.00 por receta</li> <li>• <b>Nivel de medicamento 2:</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> \$20.00 por receta  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> \$10.00 por receta</li> <li>• <b>Nivel de medicamento 3:</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> \$47.00 por receta  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> \$42.00 por receta</li> <li>• <b>Nivel de medicamento 4:</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> el 50% del costo total  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> el 50% del costo total</li> <li>• <b>Nivel de medicamento 5:</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> el 31% del costo total  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> el 31% del costo total</li> <li>• <b>Nivel de medicamento 6:</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> \$11.00 por receta  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> \$2.00 por receta</li> </ul>	Deducible: \$0 por los medicamentos de los Niveles 1, 2, 3 y 6 \$100 por los medicamentos de los Niveles 4 y 5  Copagos o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nivel de medicamento 1:</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> \$15.00 por receta  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> \$4.00 por receta</li> <li>• <b>Nivel de medicamento 2:</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> \$20.00 por receta  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> \$10.00 por receta</li> <li>• <b>Nivel de medicamento 3:</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> \$47.00 por receta  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> \$42.00 por receta</li> <li>• <b>Nivel de medicamento 4:</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> el 50% del costo total  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> el 50% del costo total</li> <li>• <b>Nivel de medicamento 5:</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> el 31% del costo total  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> el 31% del costo total</li> <li>• <b>Nivel de medicamento 6:</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> \$11.00 por receta  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> \$0.00 por receta            Este nivel incluye insulinas seleccionadas.         </li> </ul>

**Notificación anual de cambios para 2021**

**Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2021 .....</b>	<b>3</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambio del nombre del plan.....</b>	<b>5</b>
<b>SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año.....</b>	<b>5</b>
Sección 2.1 Cambios en la prima mensual.....	5
Sección 2.2 Cambios en la red de farmacias.....	5
Sección 2.3 Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D .....	5
<b>SECCIÓN 3 Cambios administrativos .....</b>	<b>8</b>
<b>SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir .....</b>	<b>8</b>
Sección 4.1 Si quiere quedarse en Cigna Secure-Extra Rx (PDP).....	8
Sección 4.2 Si quiere cambiar de plan .....	8
<b>SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar de plan .....</b>	<b>9</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....</b>	<b>9</b>
<b>SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta .....</b>	<b>10</b>
<b>SECCIÓN 8 ¿Preguntas? .....</b>	<b>11</b>
Sección 8.1 Cómo recibir ayuda de Cigna Secure-Extra Rx (PDP).....	11
Sección 8.2 Cómo recibir ayuda de Medicare .....	12

**SECCIÓN 1 Cambio del nombre del plan**

El 1 de enero de 2021, el nombre de nuestro plan cambiará y, en lugar de llamarse Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP), se llamará Cigna Secure-Extra Rx (PDP).

Los miembros de nuestro plan no recibirán una nueva tarjeta de identificación de miembro que indique este cambio de nombre del plan. Siga usando su tarjeta de identificación de miembro actual en 2021. Todas las nuevas comunicaciones para los miembros que recibirá para 2021 reflejarán el nuevo nombre de su plan.

**SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año****Sección 2.1 Cambios en la prima mensual**

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (Usted además debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	<b>\$49.20</b>	<b>\$49.20</b>

- La prima mensual de su plan será más alta en caso de que deba pagar una multa por inscripción tardía para la Parte D de por vida por no haber tenido otra cobertura de medicamentos que sea, al menos, igual de buena que la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso superior, es posible que deba pagarle directamente al gobierno una suma adicional por mes por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será más baja si está recibiendo “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 acerca de la “Ayuda Adicional” de Medicare.

**Sección 2.2 Cambios en la red de farmacias**

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta puede depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *únicamente* si le despachan la receta en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con opciones preferidas de costo compartido, que pueden ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red por algunos medicamentos.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el año próximo. Podrá encontrar un *Directorio de farmacias* actualizado en nuestro sitio web [cigna.com/member-resources](http://cigna.com/member-resources). También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de farmacias* por correo. **Revise el Directorio de farmacias de 2021 para ver qué farmacias están incluidas en nuestra red.**

**Sección 2.3 Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D****Cambios en nuestra Lista de medicamentos**

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. En este sobre encontrará una copia de nuestra Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos que incluimos en este sobre incluye muchos *—aunque no la totalidad—* de los medicamentos que cubriremos el próximo año. Si no ve algún medicamento que está tomando en esta lista, eso no quiere decir que no esté cubierto. **Para obtener la Lista completa de medicamentos**, llame a Servicio al Cliente (los datos están en la contraportada) o visite nuestro sitio web ([cigna.com/member-resources](http://cigna.com/member-resources)).

Hicimos 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. **Consulte la Lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que esté tomando estén cubiertos el próximo año y para fijarse si habrá alguna restricción.**

Si se ve afectado por algún cambio en la cobertura de medicamentos, usted puede:

- **Trabajar con su médico (u otro proveedor) y pedirle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento.
  - Para saber qué debe hacer para pedir una excepción, consulte el Capítulo 7 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 proveedor) para encontrar otro medicamento** que cubramos. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que se usen para tratar la misma afección médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento que no esté incluido en el formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar una interrupción en el tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo pedirlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 3 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el plazo en que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando este suministro se acabe. Puede cambiar su medicamento por otro cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción en su caso y que cubra su medicamento actual.

Si ha recibido una excepción al formulario para un medicamento este año, la solicitud de excepción al formulario está aprobada hasta la fecha indicada en la carta de aprobación. Solo se necesita una nueva solicitud de excepción al formulario si ha pasado la fecha indicada en la carta.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos comienzan a regir al inicio de cada año. No obstante, durante el año, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando hagamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, usted también podrá trabajar con su médico (u otro proveedor) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y brindando otra información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información acerca de los cambios que podríamos realizar en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 3 de la *Evidencia de cobertura*).

### Cambios en los costos de los medicamentos con receta

**Nota:** Si usted está inscrito en un programa que le ayuda a pagar 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 su caso.** Le enviamos un documento por separado, llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta” (también llamada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que incluye información sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este documento con este paquete, llame a Servicio al Cliente y pida la “Cláusula adicional LIS”.

Hay cuatro “etapas en el pago de medicamentos”. Lo que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa en el pago de medicamentos en la que se encuentre. (Puede encontrar más información sobre las etapas en la Sección 2 del Capítulo 4 de su *Evidencia de cobertura*).

La información que se incluye a continuación muestra los cambios que se implementarán el año próximo en las primeras dos etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: la Etapa de interrupción de cobertura y la Etapa de cobertura de gastos excedentes. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 4 de la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web [cigna.com/member-resources](http://cigna.com/member-resources). También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo).

### Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos del Nivel 4 (no preferidos) y del Nivel 5 (de especialidad) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> <p>Cigna Secure-Extra Rx (PDP) no aplica ningún deducible para las insulinas seleccionadas. Usted paga \$0 u \$11 por un suministro para un mes de insulinas seleccionadas.</p>	<p>El deducible es de \$100.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo compartido de la Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (consulte la tabla a continuación) por los medicamentos del Nivel 1 (genéricos preferidos), del Nivel 2 (genéricos), del Nivel 3 (de marca preferida) y del Nivel 6 (seleccionados), y el costo total de los medicamentos del Nivel 4 (no preferidos) y del Nivel 5 (de especialidad) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$100.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo compartido de la Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (consulte la tabla a continuación) por los medicamentos del Nivel 1 (genéricos preferidos), del Nivel 2 (genéricos), del Nivel 3 (de marca preferida) y del Nivel 6 (seleccionados), y el costo total de los medicamentos del Nivel 4 (no preferidos) y del Nivel 5 (de especialidad) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

**Cambios en el costo compartido de la Etapa de cobertura inicial**

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4, *Tipos de costos de desembolso que usted podría pagar por los medicamentos cubiertos*, de su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b>                      Una vez que pague el deducible anual, pasará a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos, y <b>usted paga la suya</b>.                      Los costos de esta fila corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando le despachan su receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de las recetas de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 4 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.                      Usted paga \$0 u \$11 por insulinas seleccionadas.                      Algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos cambiaron de nivel. Para saber si los medicamentos que está tomando cambiaron de nivel, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$15.00 por receta.  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$4.00 por receta.</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 2 (medicamentos genéricos):</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$20.00 por receta.  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$10.00 por receta.</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferida):</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$47.00 por receta.  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$42.00 por receta.</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 4 (medicamentos no preferidos):</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga el 50% del costo total.  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga el 50% del costo total.</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 5 (medicamentos de especialidad):</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga el 31% del costo total.  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga el 31% del costo total.</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 6 (medicamentos seleccionados):</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$11.00 por receta.  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$2.00 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$4,020, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa de interrupción de cobertura).</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$15.00 por receta.  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$4.00 por receta.</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 2 (medicamentos genéricos):</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$20.00 por receta.  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$10.00 por receta.</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferida):</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$47.00 por receta.  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$42.00 por receta.</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 4 (medicamentos no preferidos):</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga el 50% del costo total.  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga el 50% del costo total.</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 5 (medicamentos de especialidad):</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga el 31% del costo total.  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga el 31% del costo total.</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 6 (medicamentos seleccionados):</b>  <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$11.00 por receta.  <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$0.00 por receta.                      Usted paga \$0 u \$11 por insulinas seleccionadas.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$4,130, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa de interrupción de cobertura).</p>

### Cambios en las Etapas de interrupción de cobertura y de cobertura de gastos excedentes

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos –la Etapa de interrupción de cobertura y la Etapa de cobertura de gastos excedentes– son para las personas cuyos costos de medicamentos son elevados. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa de interrupción de cobertura ni a la Etapa de cobertura de gastos excedentes.** El plan ofrece cobertura adicional durante la interrupción de la cobertura para insulinas seleccionadas. Durante la Etapa de interrupción de cobertura, sus costos de desembolso por las insulinas seleccionadas será de \$0 u \$11 por un suministro para un mes.

Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 4 de su *Evidencia de cobertura*.

### SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Consulte la siguiente tabla para ver otros cambios importantes en su plan.

Descripción	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<b>Dirección web para buscar farmacias de la red preferida en su área.</b>	Para obtener una lista de las farmacias de la red preferida que le quedan cerca, visite <a href="http://cigna.com/part-d">cigna.com/part-d</a> .	Para obtener una lista de las farmacias de la red preferida que le quedan cerca, visite <a href="http://cigna.com/member-resources">cigna.com/member-resources</a> .

### SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir

#### Sección 4.1 Si quiere quedarse en Cigna Secure-Extra Rx (PDP)

**Para quedarse en nuestro plan, no tiene que hacer nada.** Si no se inscribe en un plan diferente antes del 7 de diciembre, permanecerá inscrito automáticamente en nuestro plan Cigna Secure-Extra Rx (PDP).

#### Sección 4.2 Si quiere cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si quiere cambiar de plan para 2021, siga estos pasos:

#### Paso 1: Obtenga información sobre sus opciones y compare

- Puede afiliarse a otro plan de medicamentos con receta de Medicare oportunamente,
- *–O bien–* Puede cambiarse a un plan de salud de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos con receta de la Parte D,
- *–O bien–* Puede conservar su cobertura de salud de Medicare actual y abandonar su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y usted 2021*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

También puede usar el Localizador de planes de Medicare que se encuentra en el sitio web de Medicare para encontrar información sobre los planes de su área. Ingrese en [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare). **Aquí encontrará información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Le recordamos que Cigna ofrece otros planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden tener una cobertura, primas mensuales y sumas de costo compartido diferentes.

#### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de medicamentos con receta de Medicare**, inscríbese en el plan nuevo. Su inscripción en Cigna Secure-Extra Rx (PDP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare**, inscríbese en el plan nuevo. Según el tipo de plan que elija, es posible que su inscripción en Cigna Secure-Extra Rx (PDP) se cancele automáticamente.
  - Su inscripción en Cigna Secure-Extra Rx (PDP) se cancelará automáticamente si se inscribe en un plan de salud de Medicare que incluya cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Su inscripción también se cancelará automáticamente si se inscribe en un plan HMO de Medicare o un plan PPO de Medicare, incluso si ese plan no incluye cobertura de medicamentos con receta.
  - Si elige un plan de tarifa por servicio privado sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y conservar Cigna Secure-Extra Rx (PDP) para su cobertura de medicamentos. La inscripción en uno de estos tipos de plan no cancelará automáticamente su inscripción en Cigna Secure-Extra Rx (PDP). Si se inscribirá en este tipo de plan y desea abandonar nuestro plan, debe solicitar la cancelación de su inscripción a Cigna Secure-Extra Rx (PDP). Para solicitar la cancelación de su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito o debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).



- Para **cambiar por Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe:
  - Enviarnos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están en la Sección 8.1 de este cuadernillo).
  - –*O bien*– Comunicarse con **Medicare**, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **SECCIÓN 5** *Fecha límite para cambiar de plan*

Si desea cambiarse a otro plan de medicamentos con receta o a un plan de salud de Medicare para el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2021.

#### **¿Puedo cambiar en algún otro momento del año?**

En algunas situaciones, está permitido hacer cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o dejarán de tener una cobertura del empleador, y las que se mudan del área de servicio pueden hacer cambios en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura*.

### **SECCIÓN 6** *Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare*

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados.

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es independiente (no tiene ninguna conexión con ninguna compañía de seguros ni ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del Gobierno Federal para ofrecer asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud locales a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) a los siguientes números:

<b>Iowa</b>	Programa de Información sobre Seguros de Salud para Personas Mayores (SHIIP, por sus siglas en inglés) Senior Health Insurance Information Program (SHIIP), 601 Locust St., 4th Floor, Des Moines, IA 50309-3738 1-800-351-4664
<b>Minnesota</b>	Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico de Minnesota Minnesota State Health Insurance Assistance Program/Senior LinkAge Line, Minnesota Board on Aging, P.O. Box 64976, St. Paul, MN 55164-0976 1-800-333-2433
<b>Montana</b>	Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) de Montana Montana State Health Insurance Assistance Program (SHIP), Department of Public Health & Human Services, Senior and Long Term Care Division, 2030 11th Avenue, Helena, MT 59601 1-800-551-3191
<b>Nebraska</b>	Programa de Información sobre Seguros de Salud para Personas Mayores (SHIIP) de Nebraska Nebraska Senior Health Insurance Information Program (SHIIP), Nebraska Department of Insurance, Terminal Building, 941 O Street, Suite 400, P.O. Box 82089, Lincoln, NE 68508 1-402-471-2201 o 1-800-234-7119
<b>North Dakota</b>	Programa Estatal de Asesoramiento sobre Seguros de Salud (SHIC, por sus siglas en inglés) State Health Insurance Counseling Program (SHIC), North Dakota Insurance Department, 600 East Boulevard Avenue, Bismarck, ND 58505-0320 1-701-328-2440 o 1-888-575-6611
<b>South Dakota</b>	Educación sobre Seguros e Información sobre la Salud de las Personas Mayores (SHIINE, por sus siglas en inglés) Senior Health Information & Insurance Education (SHIINE), South Dakota Department of Social Services, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501 1-800-536-8197

<b>Wyoming</b>	Programa Estatal de Información sobre Seguros de Salud de Wyoming (WSHIIP, por sus siglas en inglés) Wyoming State Health Insurance Information Program (WSHIIP), 106 West Adams Avenue, Riverton, WY 82501 1-800-856-4398
----------------	--

### SECCIÓN 7 *Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta*

Es posible que usted reúna los requisitos para obtener ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación le brindamos una lista de diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para obtener “Ayuda Adicional” a fin de pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% de los costos de sus medicamentos o un porcentaje mayor, que incluye primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no tendrán una interrupción en la cobertura ni deberán pagar una multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos para recibir este tipo de ayuda y ni siquiera lo saben. Para averiguar si reúne los requisitos, puede llamar a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
  - 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 deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  - Su oficina de Medicaid del estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Hay un programa llamado Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información acerca del programa, consulte a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 6 de este cuadernillo). El nombre del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de su estado es:

<b>Montana</b>	Programa Big Sky Rx Plan de Servicios de Salud Mental (MHSP, por sus siglas en inglés) de Montana
----------------	--

- Iowa, Minnesota, Nebraska, North Dakota, South Dakota y Wyoming no tienen un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica.
- **Asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta para las personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizarles a las personas elegibles para participar en este programa que tienen VIH/SIDA el acceso a los medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Las personas deben cumplir determinados requisitos, como presentar una constancia de residencia en el estado y de que tienen VIH, tener bajos ingresos según lo definido por el estado y demostrar que no tienen seguro o que tienen un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP permiten recibir asistencia con los costos compartidos de los medicamentos a través del Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP) de su estado:

<b>Iowa</b>	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Iowa Iowa AIDS Drug Assistance Program, Iowa Department of Public Health, 321 E. 12th Street, Des Moines, IA 50319-0075 1-515-242-5150 o 1-866-227-9878
<b>Minnesota</b>	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Minnesota Minnesota AIDS Drug Assistance Program, Minnesota Department of Human Services, HIV/AIDS Division, P.O. Box 64972, St. Paul, MN 55164-0972 1-651-431-2414 o 1-800-657-3761
<b>Montana</b>	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Montana Montana AIDS Drug Assistance Program, Montana Department of Public Health and Human Services, HIV/STD Section, P.O. Box 202951, Cogswell Building C211, Helena, MT 59620-2951 1-406-444-4744
<b>Nebraska</b>	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Nebraska Nebraska AIDS Drug Assistance Program, Ryan White Program, P.O. Box 95206, Lincoln, NE 68509-5026 1-402-471-2101
<b>North Dakota</b>	Programa para el VIH/SIDA del Departamento de Salud de North Dakota North Dakota Department of Health, HIV/AIDS Program, 2635 East Main Ave., Bismarck, ND 58506-5520 1-701-328-2378 o 1-800-472-2180
<b>South Dakota</b>	Programa Ryan White Part B CARE Ryan White Part B CARE Program, South Dakota Department of Health, 615 E. 4th St., Pierre, SD 57501-1700 1-605-773-3737 o 1-800-592-1861
<b>Wyoming</b>	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Wyoming Wyoming AIDS Drug Assistance Program, Wyoming Department of Health, 6101 Yellowstone Road, Suite 510, Cheyenne, WY 82002 1-307-777-5856

## SECCIÓN 8 ¿Preguntas?

### Sección 8.1 Cómo recibir ayuda de Cigna Secure-Extra Rx (PDP)

¿Tiene preguntas? Estamos para servirle. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-222-6700 (TTY solamente: llame al 711). Atendemos llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático responda su llamada durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### Lea su **Evidencia de cobertura de 2021 (contiene detalles sobre los beneficios y costos para el próximo año)**

Esta *Notificación anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios que sufrirán sus beneficios y costos en 2021. Para conocer más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2021 de Cigna Secure-Extra Rx (PDP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que tiene que seguir para recibir servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web [cigna.com/member-resources](http://cigna.com/member-resources). También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

#### Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web [cigna.com/member-resources](http://cigna.com/member-resources). Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de farmacias (*Directorio de farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

## **Sección 8.2    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 deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Visite el sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). El sitio tiene información sobre costo, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de medicamentos con receta de Medicare. Puede usar el Localizador de planes de Medicare que se encuentra en el sitio web de Medicare para encontrar información sobre los planes disponibles en su área. (Para ver información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)).

### **Lea *Medicare y usted 2021***

Puede leer el Manual *Medicare y usted 2021*. Este manual se envía por correo a las personas que tienen Medicare en otoño de todos los años. Contiene un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y las protecciones, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este Manual, puede conseguirla en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.