



Medicare Prescription Drug Plans

Cigna Extra Rx (PDP) ofrecido por Cigna

AVISO ANUAL DE CAMBIOS PARA 2022

Actualmente, usted se encuentra inscrito como miembro del plan Saver de Express Scripts Medicare® (PDP). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa los cambios.*

- **Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre, usted puede hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

¿Qué debe hacer ahora?

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios le corresponden?

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que cumplirá con sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan algún servicio que utiliza?
 - Consulte las Secciones 2 y 3 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y los costos de nuestro plan.
- Revise en el folleto los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.
 - ¿Sus medicamentos tendrán cobertura?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con costos compartidos distintos?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como la obligación de obtener nuestra aprobación antes de surtir la receta?
 - ¿Puede seguir acudiendo a las mismas farmacias? ¿Existen cambios de costos por acudir a estas farmacias?
 - Revise la Lista de Medicamentos para 2022 y consulte la Sección 2.3 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

S5617_22_98220_247S_M

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

- Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Consulte a su médico sobre las alternativas de menor precio que podrían estar disponibles; es posible que le ayuden a reducir los costos directos de su bolsillo a lo largo del 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 de “dashboards” (paneles) en el medio de la segunda Nota, hacia el final de la página. Estos paneles indican los proveedores que han aumentado los precios y también muestran más información de comparación de los precios de medicamentos de un año al siguiente. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden variar los costos de sus medicamentos.

Piense en sus costos generales de atención médica.

- ¿Cuánto gastará directo de su bolsillo por los servicios y los medicamentos recetados que utiliza regularmente?
- ¿Cuánto gastará en su prima y sus deducibles?
- ¿Cuál es la diferencia entre los costos totales de su plan y otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está conforme con nuestro plan.

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

Consulte las coberturas y los costos de planes en su área.

- Utilice la función de búsqueda personalizada del Buscador de Planes de Medicare, en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
- Revise la lista en el reverso de su guía *Medicare y Usted 2022*.
- Consulte la Sección 4.2 para obtener más información sobre sus opciones.

Una vez que elija un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si quiere cambiar de plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, se renovará su inscripción en Cigna Extra Rx (PDP).
- Para pasar a un **plan diferente** que se ajuste mejor a sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2021

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, se renovará su inscripción en Cigna Extra Rx (PDP).
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. Su inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con Servicio al Cliente al número 1-800-448-4168 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.
- Esta información está disponible de forma gratuita en otro formato, braille o letra grande. Llame a Servicio al Cliente al número mencionado anteriormente si necesita información del plan en otro formato.

Acerca de Cigna Extra Rx (PDP)

- Cigna tiene un contrato con Medicare para ofrecer planes de medicamentos recetados de la Parte D (PDP) en determinados estados. La inscripción en Cigna depende de la renovación del contrato.
 - Cuando, en este folleto, se dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a/os/as”, se hace referencia a Cigna. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa se hace referencia a Cigna Extra Rx (PDP).
-

Resumen de Costos Importantes para 2022

En la siguiente tabla se comparan los costos de 2021 y 2022 de Cigna Extra Rx (PDP) en distintas áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es únicamente un resumen de los cambios.** Puede obtener un ejemplar de la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web, cigna.com/member-resources. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para conocer los detalles.	\$27.40	\$55.60
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 2.3 para conocer los detalles). Para conocer qué medicamentos son Insulinas Selectas, revise la Lista de Medicamentos actualizada que le enviamos por correo. Puede identificar las Insulinas Selectas por los medicamentos que aparecen como SSM. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).	Deducible: \$0 para medicamentos de los Niveles 1, 2 e Insulinas Selectas de Nivel 3 \$285 para otros medicamentos del Nivel 3 y todos los medicamentos de los Niveles 4 y 5 Copagos o coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos del Nivel 1: Costo compartido estándar: \$19.00 por receta Costo compartido preferido: \$2.00 por receta • Medicamentos del Nivel 2: Costo compartido estándar: \$20.00 por receta Costo compartido preferido: \$7.00 por receta • Medicamentos del Nivel 3: Costo compartido estándar: \$47.00 por receta Costo compartido preferido: \$35.00 por receta Costo compartido para Insulinas Selectas: Costo compartido estándar: \$35 por receta Costo compartido preferido: \$35 por receta 	Deducible: \$0 para medicamentos de los Niveles 1, 2, 3 y 6 \$100 para medicamentos de los Niveles 4 y 5 Copagos o coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos del Nivel 1: Costo compartido estándar: \$15.00 por receta Costo compartido preferido: \$4.00 por receta • Medicamentos del Nivel 2: Costo compartido estándar: \$20.00 por receta Costo compartido preferido: \$10.00 por receta • Medicamentos del Nivel 3: Costo compartido estándar: \$47.00 por receta Costo compartido preferido: \$42.00 por receta

(sigue al dorso)

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 2.3 para conocer los detalles).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos del Nivel 4: <i>Costo compartido estándar:</i> el 50% del costo total <i>Costo compartido preferido:</i> el 50% del costo total • Medicamentos del Nivel 5: <i>Costo compartido estándar:</i> el 28% del costo total <i>Costo compartido preferido:</i> el 28% del costo total 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos del Nivel 4: <i>Costo compartido estándar:</i> el 50% del costo total <i>Costo compartido preferido:</i> el 50% del costo total • Medicamentos del Nivel 5: <i>Costo compartido estándar:</i> el 31% del costo total <i>Costo compartido preferido:</i> el 31% del costo total • Medicamentos del Nivel 6: <i>Costo compartido estándar:</i> \$11.00 por receta <i>Costo compartido preferido:</i> \$0.00 por receta Este nivel incluye las Insulinas Selectas.

Aviso Anual de Cambios para 2022 Índice

Resumen de Costos Importantes para 2022		4
SECCIÓN 1	A Menos que Elija Otro Plan, en 2022 Será Inscrito de Manera Automática en Cigna Extra Rx	7
SECCIÓN 2	Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año	7
Sección 2.1	Cambios en la Prima Mensual	7
Sección 2.2	Cambios en la Red de Farmacias	7
Sección 2.3	Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D de Medicare	8
SECCIÓN 3	Cambios Administrativos	12
SECCIÓN 4	Cómo Decidir Qué Plan Elegir.....	13
Sección 4.1	Si Desea Permanecer en Cigna Extra Rx (PDP)	13
Sección 4.2	Si Desea Cambiar de Plan	13
SECCIÓN 5	Fecha Límite para el Cambio de Plan	14
SECCIÓN 6	Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare.....	14
SECCIÓN 7	Programas que Ayudan a Pagar sus Medicamentos Recetados	15
SECCIÓN 8	¿Tiene Alguna Pregunta?	16
Sección 8.1	Cómo Obtener Ayuda de Cigna Extra Rx (PDP).....	16
Sección 8.2	Cómo Obtener Ayuda de Medicare.....	16

SECCIÓN 1 A Menos que Elija Otro Plan, en 2022 Será Inscrito de Manera Automática en Cigna Extra Rx

El 1 de enero de 2022, Cigna combinará el plan Saver de Express Scripts Medicare con uno de nuestros planes, Cigna Extra Rx.

Si usted no hace ningún cambio en su cobertura de Medicare antes del 7 de diciembre de 2021, lo inscribiremos automáticamente en nuestro plan Cigna Extra Rx (PDP). Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2022, obtendrá su cobertura de medicamentos a través de Cigna Extra Rx. Si lo desea, puede cambiarse a otro plan de medicamentos recetados de Medicare. También puede cambiarse a un plan de salud de Medicare. Si desea cambiar de plan, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir “Ayuda Extra”, tal vez pueda cambiar de plan en otro momento.

La información de este documento le muestra las diferencias entre sus beneficios actuales en el plan Saver de Express Scripts Medicare y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2022 como miembro de Cigna Extra Rx.

SECCIÓN 2 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año

Sección 2.1 Cambios en la Prima Mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$27.40	\$55.60

- Su prima mensual del plan será mayor si debe pagar una multa por inscripción tardía de por vida en la Parte D de Medicare por haber pasado 63 días o más sin otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada “cobertura acreditable”).
- Si tiene un mayor ingreso, podría tener la obligación de pagar un monto mensual adicional directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será menor si recibe “Ayuda Extra” para los costos de sus medicamentos recetados. Consulte la Sección 7 sobre la “Ayuda Extra” de Medicare.

Sección 2.2 Cambios en la Red de Farmacias

Es posible que los montos que paga por sus medicamentos recetados dependan de su farmacia. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, las recetas están cubiertas únicamente si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle costos compartidos más bajos que los costos compartidos estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Nuestra red ha cambiado más de lo habitual para el año 2022. Encontrará un *Directorio de Farmacias* actualizado en nuestro sitio web, cigna.com/member-resources. También puede llamar a Servicio al Cliente para recibir información actualizada de proveedores o solicitar que le enviemos por correo electrónico un *Directorio de Farmacias*. **Le recomendamos enfáticamente que revise nuestro *Directorio de Farmacias* actual para ver si su farmacia sigue en nuestra red.**

Sección 2.3 Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D de Medicare

Cambios en Nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de Medicamentos”. En este sobre se incluye una copia de nuestra Lista de Medicamentos. La Lista de Medicamentos incluida en este sobre incluye varios de los medicamentos que cubriremos el próximo año (aunque no todos). Si no ve su medicamento en esta lista, es posible que siga estando cubierto. **Puede obtener la Lista de Medicamentos completa llamando a Servicio al Cliente** (consulte la contraportada) o visitando nuestro sitio web (cigna.com/member-resources).

Hemos realizado algunos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, lo que incluye cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y verificar si tendrán alguna restricción.**

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

- **Trabajar conjuntamente con su médico (o con otro médico prescriptor) para solicitarle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento.
 - Si desea saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7 de la *Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones, quejas relativas a la cobertura])* o llame a Servicio al Cliente.
- **Trabajar conjuntamente con su médico (o con otro médico prescriptor) para buscar un medicamento diferente** que sí tenga cobertura. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos para tratar la misma afección.

En algunos casos, debemos brindar cobertura de un suministro temporal de un medicamento que no se encuentra en el formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía, para evitar una interrupción en el tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede adquirir un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 3, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*). Durante el tiempo que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando el suministro temporal se agote. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción en su caso y que cubra el 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 la fecha indicada en la carta ha pasado.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos se realizan al comienzo de cada año. Sin embargo, a lo largo del año, es posible que hagamos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando realicemos estos cambios en la Lista de Medicamentos durante el año, aún podrá trabajar conjuntamente con su médico (u otro médico prescriptor) para solicitar que hagamos una excepción y cubramos el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de Medicamentos en línea según lo programado y brindaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podríamos hacer en la Lista de Medicamentos, consulte el Capítulo 3, Sección 6 de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en los Costos de los Medicamentos Recetados

Nota: Si se encuentra en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Extra”), **es posible que la información acerca de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted.** Hemos enviado un encarte por separado, denominado Anexo de “Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Extra para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también denominado “Anexo sobre el Subsidio

por Bajos Ingresos” o “Anexo LIS”), en el cual se le informa sobre los costos de los medicamentos. Como recibe “Ayuda Extra” y no recibió el encarte en este paquete, llame a Servicio al Cliente y solicite el “Anexo LIS”.

Existen cuatro “etapas de pago de medicamentos”. La etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentra puede afectar cuánto paga por un medicamento de la Parte D de Medicare. (Puede consultar el Capítulo 4, Sección 2 de la *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

En la siguiente información se muestran los cambios que se implementarán el próximo año en las primeras dos etapas: la 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 Falta de Cobertura o a la Etapa de Cobertura Catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 4, Secciones 6 y 7 de la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web, cigna.com/member-resources. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en la Etapa del Deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 4 (Medicamentos de Marca No Preferidos) y del Nivel 5 (Medicamentos Especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> <p>No hay deducible en Cigna Extra Rx (PDP) para Insulinas Selectas. Usted paga \$0 u \$11 por un suministro de un mes de Insulinas Selectas.</p>	<p>El deducible es \$285.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga Etapa 2: El costo compartido de la Etapa de Cobertura Inicial (consulte la tabla siguiente) para los medicamentos del Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos), del Nivel 2 (Medicamentos Genéricos), e Insulinas Selectas de Nivel 3, el costo total de otros medicamentos del Nivel 3 (Medicamentos de Marca Preferidos) y todos los medicamentos del Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos) y del Nivel 5 (Medicamentos Especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$100.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga Etapa 2: El costo compartido de la Etapa de Cobertura Inicial (consulte la tabla siguiente) para los medicamentos del Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos), del Nivel 2 (Medicamentos Genéricos), del Nivel 3 (Medicamentos de Marca Preferidos) y del Nivel 6 (Medicamentos de Atención Restringida) y el costo total de los medicamentos del Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos) y del Nivel 5 (Medicamentos Especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en Su Costo Compartido en la Etapa de Cobertura Inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 4, Sección 1.2, denominada Tipos de costos directos de su bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos, de la *Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<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 la parte del costo que le corresponde por sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila corresponden a un suministro de un mes (30 días), cuando usted surte la receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o para recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 4, Sección 5 de la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Usted paga \$0 u \$11 por Insulinas Selectas.</p> <p>Hemos cambiado el nivel para algunos medicamentos de la Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en otro nivel, búsquelos en la Lista de Medicamentos.</p>	<p>Su costo para el suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Medicamentos del Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$19.00 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga \$2.00 por receta.</p> <p>Medicamentos del Nivel 2 (Medicamentos Genéricos):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$20.00 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga \$7.00 por receta.</p> <p>Medicamentos del Nivel 3 (Medicamentos de Marca Preferidos):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$47.00 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga \$35.00 por receta.</p> <p>Usted paga \$35 por Insulinas Selectas.</p> <p>Medicamentos del Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga el 50% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga el 50% del costo total.</p>	<p>Su costo para el suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Medicamentos del Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$15.00 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga \$4.00 por receta.</p> <p>Medicamentos del Nivel 2 (Medicamentos Genéricos):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$20.00 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga \$10.00 por receta.</p> <p>Medicamentos del Nivel 3 (Medicamentos de Marca Preferidos):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$47.00 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga \$42.00 por receta.</p> <p>Medicamentos del Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga el 50% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga el 50% del costo total.</p> <p style="text-align: right;">(sigue al dorso)</p>

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial (continuación)	<p>Medicamentos del Nivel 5 (Medicamentos Especializados):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga el 28% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga el 28% del costo total.</p> <hr/> <p>Cuando sus costos totales de los medicamentos lleguen a \$4,130, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Falta de Cobertura).</p>	<p>Medicamentos del Nivel 5 (Medicamentos Especializados):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga el 31% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga el 31% del costo total.</p> <p>Medicamentos del Nivel 6 (Medicamentos de Atención Restringida):</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$11.00 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga \$0.00 por receta.</p> <p>Usted paga \$0 u \$11 por Insulinas Selectas.</p> <hr/> <p>Cuando sus costos totales de los medicamentos lleguen a \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Falta de Cobertura).</p>

Cambios en la Etapa de Falta de Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura, la Etapa de Falta de Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica, se aplican a personas que requieren medicamentos con costos elevados. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa de Falta de Cobertura o a la Etapa de Cobertura Catastrófica.** Cigna Extra Rx (PDP) ofrece una falta de cobertura adicional para Insulinas Selectas. Durante la Etapa de Falta de Cobertura, los costos directos de su bolsillo para Insulinas Selectas serán de \$0 u \$11, por un suministro de un mes.

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 4, Secciones 6 y 7 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios Administrativos

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

Descripción	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Pago de la Prima</p>	<p>Su método de pago de la prima preferido se mantendrá hasta su factura final de diciembre de 2021.</p>	<p>Opciones de pago de la prima para su nuevo plan Cigna 2022:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si recibe una factura de prima por correo cada mes en 2021, seguirá haciéndolo con su plan Cigna 2022. No es necesario que realice ninguna acción, a menos que desee cambiar a una de nuestras otras opciones de pago. • Si el pago de su prima de 2021 se deduce de su cheque de beneficios de la Administración del Seguro Social o la Junta de Jubilación para Ferroviarios (SSA/RRB), no tiene que hacer nada. Sus deducciones se aplicarán automáticamente al pago de su prima de Cigna. • Si actualmente está registrado para realizar pagos recurrentes automáticos con una tarjeta de crédito o cuenta bancaria, tendrá que volver a inscribirse en Cigna cuando reciba su tarjeta de identificación de Cigna en noviembre. • Si actualmente está registrado para pagar sus primas a través de un servicio de pago de facturas en línea proporcionado por su banco con Express Scripts como beneficiario, tendrá que proporcionar la siguiente información sobre el beneficiario de Cigna a su banco después de pagar su prima de diciembre de 2021 de Express Scripts Medicare, pero antes del 1 de enero de 2022: Beneficiario: Cigna PDP Dirección postal: Cigna PDP, P.O. Box 747102, Pittsburgh, PA 15274-7102 Nota: Incluya su nueva identificación de cliente de Cigna en el campo de la nota. <p>Visite cigna.com/2022FAQ para obtener más instrucciones.</p>

SECCIÓN 4 Cómo Decidir Qué Plan Elegir

Sección 4.1 Si Desea Permanecer en Cigna Extra Rx (PDP)

Si desea quedarse en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente antes del 7 de diciembre, automáticamente lo inscribiremos en nuestro plan Cigna Extra Rx (PDP).

Sección 4.2 Si Desea Cambiar de Plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si desea realizar un cambio para el año 2022, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente de manera oportuna.
- *O BIEN* Puede cambiarse a un plan de salud de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- *O BIEN* Puede mantener su cobertura de salud de Medicare actual y cancelar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los distintos tipos de planes de Medicare, puede leer la guía *Medicare y Usted 2022*, llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (consulte la Sección 6) o llamar a Medicare (consulte la Sección 8.2).

También puede encontrar información sobre planes en su área utilizando el Buscador de Planes de Medicare, en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **En este sitio, encontrará información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Recuerde que Cigna ofrece otros planes de medicamentos recetados de Medicare. Estos planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costo compartido.

Paso 2: Cambie su cobertura

- **Para cambiarse a otro plan de medicamentos recetados de Medicare**, inscribise en el nuevo plan. Su inscripción en Cigna Extra Rx (PDP) se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare**, inscribise en el nuevo plan. Según el tipo de plan que haya elegido, su inscripción en Cigna Extra Rx (PDP) podría cancelarse automáticamente.
 - Su inscripción en Cigna Extra Rx (PDP) se cancelará automáticamente si se inscribe en cualquier plan de salud de Medicare que incluya la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. También se cancelará automáticamente su inscripción si se une a Medicare HMO o Medicare PPO, incluso si ese plan no incluye la cobertura de medicamentos recetados.
 - Si elige un plan de Tarifa por Servicio Privado (Private Fee-for-Service) sin la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare, un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account) o un Plan de Costos de Medicare (Medicare Cost Plan), puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener Cigna Extra Rx (PDP) para su cobertura de medicamentos. Inscribirse en uno de estos tipos de planes no cancela automáticamente su inscripción en Cigna Extra Rx (PDP). Si se inscribe en este tipo de planes y quiere abandonar nuestro plan, debe solicitar la cancelación de su inscripción en Cigna Extra Rx (PDP). Para solicitar la cancelación, debe enviar una solicitud por escrito o comunicarse con Medicare 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).

- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer lo siguiente:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono figuran en la Sección 8.1 de este folleto).
 - *O bien* Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Fecha Límite para el Cambio de Plan

Si quiere cambiarse a otro plan de medicamentos recetados o a un plan de salud de Medicare para el próximo año, puede hacerlo entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2022.

¿Puedo hacer un cambio en otro momento del año?

En algunos casos, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, quienes reciben “Ayuda Extra” para pagar sus medicamentos, quienes dejaron o dejarán de tener cobertura del empleador y aquellos que se mudan fuera del área de servicio pueden tener permitido hacer un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8, Sección 2.2 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 6 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados.

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** local sobre los seguros de salud a personas con Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan. Puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) a los números que figuran a continuación:

Connecticut	CHOICES, Department of Social Services, Aging Services Division, 25 Sigourney Street, 10th Floor, Hartford, CT 06106 1-800-994-9422 or 1-860-424-5274
Massachusetts	Serving the Health Insurance Needs of Everyone (SHINE), Executive Office of Elder Affairs, One Ashburton Place, Fifth Floor, Boston, MA 02108 1-800-243-4636
Rhode Island	Senior Health Insurance Program (SHIP), Rhode Island Department of Human Services, Division of Elderly Affairs, 74 West Road, Hazard Building, 2nd Floor, Cranston, RI 02920 1-401-462-3000 or 1-401-462-0510
Vermont	Vermont Association of Area Agencies, Vermont State Health Insurance Assistance Program (SHIP), 476 Main Street, Suite 3, Winooski, VT 05404 1-800-642-5119

SECCIÓN 7 Programas que Ayudan a Pagar sus Medicamentos Recetados

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados. A continuación, mencionamos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Extra” de Medicare.** Las personas que tienen ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Extra” para el pago de los costos de medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los planes de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán falta de cobertura ni multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles, pero no lo saben. Para saber si califica, llame a alguno de los siguientes números:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - A la Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica ayuda a algunas personas a pagar sus medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa o para saber si está disponible en su estado, consulte el Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización figuran en la Sección 6 de este folleto).
- **Asistencia con el Costo Compartido de Medicamentos Recetados para Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos necesarios para el VIH. Las personas deben cumplir determinados criterios, que incluyen evidencia de que residen en el Estado y estadio de VIH, tener bajos ingresos, de acuerdo con lo definido por el Estado y ser personas no aseguradas o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también tienen cobertura de ADAP califican para recibir asistencia con el costo compartido de medicamentos recetados a través del programa El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) de su estado:

Connecticut	Connecticut AIDS Drug Assistance Program, Connecticut Department of Public Health, 410 Capitol Avenue, P.O. Box 340308, Hartford, CT 06134 1-860-509-7806 or 1-800-233-2503
Massachusetts	Massachusetts HIV Drug Assistance Program (HDAP), Community Research Initiative of New England, The Schrafft's City Center, 529 Main Street, Suite 301, Boston, MA 02129 1-617-502-1700 or 1-800-228-2714
Rhode Island	Rhode Island AIDS Drug Assistance Program, RI Department of Health, Office of HIV/AIDS & Viral Hepatitis, 3 Capitol Hill, Room 302, Providence, RI 02908 1-401-462-3294
Vermont	Vermont AIDS Drug Assistance Program, Vermont Department of Health, HIV/AIDS Program, 108 Cherry Street, Burlington, VT 05402 1-802-951-4005

SECCIÓN 8 ¿Tiene Alguna Pregunta?

Sección 8.1 Cómo Obtener Ayuda de Cigna Extra Rx (PDP)

¿Tiene alguna pregunta? Estamos disponibles para ayudar. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-448-4168. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la **Evidencia de Cobertura para 2022** (tiene información detallada sobre los beneficios y los costos para el próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura para 2022* de Cigna 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 debe seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Puede obtener un ejemplar de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, cigna.com/member-resources. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro Sitio Web

También puede visitar nuestro sitio web, 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 Obtener Ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el Sitio Web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de medicamentos recetados de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área con el Buscador de Planes de Medicare, en el sitio web de Medicare. (Para ver información sobre los planes, vaya a www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2022*

Puede leer la guía *Medicare y Usted 2022*. Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, además de respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene un ejemplar de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Está página intencionalmente dejada en blanco

Todos los productos y servicios de Cigna son proporcionados exclusivamente por o a través de subsidiarias de Cigna Corporation. El nombre de Cigna, los logotipos y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.