Cigna

Cigna TotalCare (HMO D-SNP) ofrecido por Cigna

NOTIFICACIÓN ANUAL DE CAMBIOS PARA 2022

En este momento, usted está inscrito como miembro de Cigna TotalCare (HMO D-SNP). El próximo año, los costos y los beneficios del plan sufrirán algunos cambios. *Este cuadernillo le brinda información sobre los cambios.*

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 1.1 y 1.5 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 2022 y, en la Sección 1.6, 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 y haga clic en el vínculo *dashboards* (tableros de control) en el medio de la segunda Nota, hacia la parte inferior de la página. 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.

☐ Fíjese si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.

- ¿Sus médicos, incluidos los especialistas con los que se atiende regularmente, están en nuestra red?
- ¿Y los hospitales u otros proveedores que usa?
- En la Sección 1.3 encontrará información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

H4513_22_98759_0603S_M

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

22_A_H4513_060_03_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.
- Revise la lista incluida en la parte de atrás del manual *Medicare y usted 2022*.
- En la Sección 3.2 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 2021, se le inscribirá en Cigna TotalCare (HMO D-SNP).
- Si desea **cambiarse a otro plan** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, podrá hacerlo del 15 de octubre al 7 de diciembre. En la página 9 de la Sección 3.2 podrá obtener más información sobre sus opciones.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, afíliese a un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**.

- Si no se afilia a otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, se le inscribirá en Cigna TotalCare (HMO D-SNP).
- Si se afilia a otro plan entre **el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. 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 1-800-668-3813 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
- Para que le proporcionemos información de manera que la entienda bien, llame a Servicio al Cliente. Podemos suministrarle información en braille, letra grande y otros formatos alternativos si la necesita.
- **La cobertura en virtud de este Plan reúne los requisitos para ser considerada una cobertura de salud calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Cigna TotalCare (HMO D-SNP)

- Cigna tiene un contrato con Medicare para ofrecer planes Medicare Advantage HMO y PPO y Planes de medicamentos con receta (PDP, por sus siglas en inglés) de la Parte D en algunos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna depende de la renovación de contrato.
- Cuando este cuadernillo dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Cigna. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Cigna TotalCare (HMO D-SNP).

Resumen de costos importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 con los costos de 2022 de Cigna TotalCare (HMO D-SNP) 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 www.cignamedicare.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo. Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid), usted paga $0 por su deducible, sus visitas al consultorio del médico y sus hospitalizaciones como paciente internado.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta o más baja que este importe. Consulte los detalles en la Sección 1.1.	$0 o $7*	$0 o $5.10*
Visitas al consultorio del médico	Visitas de cuidado primario: Copago de $0 por visita Visitas a especialistas: Copago de $0 por visita	Visitas de cuidado primario: Copago de $0 por visita Visitas a especialistas: Copago de $0 por visita
Hospitalizaciones como paciente internado Incluye los servicios hospitalarios para pacientes internados con afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria como paciente internado comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día antes de ser dado de alta es su último día como paciente internado.	Copago de $0 por estadía	Copago de $0 por estadía
Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte los detalles en la Sección 1.6).	Deducible: $0, $92 o $445* Copago o Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamento del Nivel 1: Coseguro del 25% o copago de $0/$1.30/$3.70/15%* para los genéricos o copago de $0/$4.00/$9.20/15%* para todos los demás medicamentos por suministro para un mes	Deducible: $0, $99 o $480* Copago o Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: • Medicamento del Nivel 1: Coseguro del 25% o copago de $0/$1.35/$3.95/15%* para los genéricos o copago de $0/$4.00/$9.85/15%* para todos los demás medicamentos por suministro para un mes

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Desembolso máximo Lo máximo que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte los detalles en la Sección 1.2).	$2,950 Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid), no debe pagar ningún costo de desembolso hasta alcanzar el desembolso máximo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	$3,400 Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid), no debe pagar ningún costo de desembolso hasta alcanzar el desembolso máximo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

* El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid o “Ayuda Adicional”.

Notificación anual de cambios para 2022
Índice

Resumen de costos importantes para 2022 ..... **3**

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año **6**
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual 6
Sección 1.2 Cambios en su desembolso máximo 6
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores 6
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias 7
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos 7
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D 9

SECCIÓN 2 Cambios administrativos **11**

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir **11**
Sección 3.1 Si quiere quedarse en Cigna TotalCare (HMO D-SNP) 11
Sección 3.2 Si quiere cambiar de plan 11

SECCIÓN 4 Cambio de plan **11**

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid) **12**

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta **12**

SECCIÓN 7 ¿Preguntas? **13**
Sección 7.1 Cómo recibir ayuda de nuestro plan 13
Sección 7.2 Cómo recibir ayuda de Medicare 13
Sección 7.3 Cómo recibir ayuda de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid) 13

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (Usted además debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	$0 o $7*	$0 o $5.10*

* El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

Sección 1.2 Cambios en su desembolso máximo

Con el objetivo de protegerle, Medicare les exige a todos los planes de salud que limiten lo que usted paga "de su bolsillo" durante el año. Este límite se llama "desembolso máximo". Una vez que usted alcance esta suma, generalmente no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Desembolso máximo **Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este desembolso máximo.** Si reúne los requisitos para la asistencia con los copagos de la Parte A y la Parte B a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid), no debe pagar ningún costo de desembolso hasta alcanzar el desembolso máximo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se computan para su desembolso máximo. La prima de su plan y sus costos por los medicamentos con receta no se computan para su desembolso máximo.	$2,950	$3,400 Una vez que haya pagado $3,400 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores sufrirá algunos cambios para el próximo año. Podrá encontrar un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web www.cignamedicare.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias* por correo. **Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2022 para averiguar si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) pertenecen a nuestra red.**

Es importante que sepa que es posible que hagamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varios motivos por los cuales su proveedor puede irse de su plan; pero si su médico o especialista efectivamente se van de su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos garantizar un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para notificarle que su proveedor dejará de pertenecer a nuestro plan con una anticipación de al menos 30 días, para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.

- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que siga manejando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si usted se está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que se esté realizando. Nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si usted cree que no le hemos ofrecido un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no se está manejando adecuadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista se irá de su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para manejar sus necesidades de cuidado de la salud.

Sección 1.4 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 se cubren únicamente si se le despachan en una de las farmacias de nuestra red.

Nuestra red cambió más de lo habitual para 2022. Podrá encontrar un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web www.cignamedicare.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias* por correo. **Realmente le sugerimos que revise nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado para averiguar si su farmacia sigue perteneciendo a nuestra red.**

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

Tenga en cuenta que la *Notificación anual de cambios* le informa los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

La cobertura de determinados servicios médicos cambiará el próximo año. La información incluida a continuación describe estos cambios. Para conocer detalles de la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, de su *Evidencia de cobertura de 2022*. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web www.cignamedicare.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Servicios del programa de tratamiento del consumo de opioides

Los miembros de nuestro plan que tengan un trastorno de consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de los servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento del Consumo de Opioides (OTP, por sus siglas en inglés), que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés)
- Suministro y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde)
- Asesoramiento sobre el consumo de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas de toxicología
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios de telesalud adicionales: Fisioterapia y patología del habla y del lenguaje	Dentro de la red Las visitas virtuales de patología del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare no están cubiertas.	Dentro de la red Usted paga un copago de $0 por las visitas virtuales de patología del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Examen físico anual	Dentro de la red Sin cobertura.	Dentro de la red Usted paga un copago de $0 por un examen físico anual.
Tarjeta para alimentos saludables de Cigna - SSBCI	Dentro de la red No se ofrece.	Dentro de la red Se cargarán $50 por mes en una tarjeta para los miembros con determinadas afecciones crónicas, para que compren artículos comestibles aprobados en tiendas minoristas participantes.
Servicios dentales	Dentro de la red **Es posible que se apliquen reglas de autorización.** El plan no tiene una cantidad de asignación máxima por año para servicios dentales preventivos complementarios y tiene una cantidad de asignación máxima de $3,000 por año para servicios dentales integrales complementarios. Usted paga un copago de $0 por los servicios dentales.	Dentro de la red **No se necesita autorización.** El plan no tiene una cantidad de asignación máxima por año para servicios dentales integrales y preventivos complementarios. Usted pagará un copago de $0 por algunos servicios dentales. Para obtener más información sobre sus beneficios dentales y los costos compartidos, comuníquese con el proveedor de servicios dentales de Cigna llamando al 1-866-213-7295 (TTY 711) o visite cignamedicare.com/resources después del 1 de octubre de 2021 para buscar la Guía dental de su plan.
Servicios de audición	Dentro de la red Asignación de $700 por aparato auditivo por oído cada tres años. Los miembros son responsables de pagar todos los costos que superen la cantidad de la asignación.	Dentro de la red Asignación de $1,000 por aparato auditivo por oído cada tres años. Los miembros son responsables de pagar todos los costos que superen la cantidad de la asignación.
Artículos y servicios de venta sin receta	Límite de $225 cada tres meses para medicamentos de venta sin receta específicos y otros productos farmacéuticos relacionados con el cuidado de la salud, según lo detallado	Límite de $250 cada tres meses para medicamentos de venta sin receta específicos y otros productos farmacéuticos relacionados con el cuidado de la salud, según lo detallado

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	en el catálogo de artículos de venta sin receta.	en el catálogo de artículos de venta sin receta.
Servicios de cuidado de la vista	Dentro de la red Hay una asignación de $250 por año para anteojos y lentes de contacto complementarios.	Dentro de la red Hay una asignación de $300 por año para anteojos y lentes de contacto complementarios.

Sección 1.6 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". Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos electrónicamente. La Lista de medicamentos proporcionada electrónicamente 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 de medicamentos *completa***, llame a Servicio al Cliente (los datos están en la contraportada) o visite nuestro sitio web (www.cignamedicare.com).

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:

- **Consultar 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 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) o llame a Servicio al Cliente.
- **Consultar 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 5 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 consultar 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 5 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", por sus siglas en inglés), 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 6 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 su *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos hasta que haya alcanzado el deducible anual.	Su deducible es de $0, $92 o $445, según el nivel de "Ayuda Adicional" que reciba. (Consulte el documento enviado por separado, llamado "Cláusula adicional LIS", para conocer su deducible).	Su deducible es de $0, $99 o $480, según el nivel de "Ayuda Adicional" que reciba. (Consulte el documento enviado por separado, llamado "Cláusula adicional LIS", para conocer su deducible).

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 6, *Tipos de costos de desembolso que usted podría pagar por los medicamentos cubiertos*, de su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial 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 **usted paga la suya**. 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 que tiene opciones estándar de costo compartido. 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 6 de su *Evidencia de cobertura*.	Su costo para un suministro de un mes despachado en una farmacia de la red con opciones estándar de costo compartido: **Todos los medicamentos del Formulario:** Usted paga el 25% del costo total o un copago de $0/$1.30/$3.70/15%* por los genéricos o un copago de $0/$4.00/$9.20/15%* por todos los demás medicamentos. _____ Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los $4,130, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa de interrupción de cobertura).	Su costo para un suministro de un mes despachado en una farmacia de la red con opciones estándar de costo compartido: **Todos los medicamentos del Formulario:** Usted paga el 25% del costo total o un copago de $0/$1.35/$3.95/15%* por los genéricos o un copago de $0/$4.00/$9.85/15%* por todos los demás medicamentos. _____ Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los $4,430, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa de interrupción de cobertura).

* El costo compartido se basa en su nivel de "Ayuda Adicional".

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

La Etapa de interrupción de cobertura y la Etapa de cobertura de gastos excedentes son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas con costos de medicamentos elevados. **La mayoría de los miembros no llegan a ninguna de estas dos etapas.**

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

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

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

Descripción	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Cambio de proveedor de servicios de la vista de Cigna	Cigna tiene un proveedor de servicios de la vista que usted puede contactar para solicitar información sobre sus beneficios para el cuidado de la vista.	Cigna tendrá un nuevo proveedor de servicios de la vista en 2022. Para obtener información sobre sus beneficios para el cuidado de la vista, llame al 1-888-886-1995.

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 Si quiere quedarse en Cigna TotalCare (HMO D-SNP)

Para quedarse en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o no se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, permanecerá inscrito automáticamente en nuestro plan Cigna TotalCare (HMO D-SNP).

Sección 3.2 Si quiere cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si quiere cambiar de plan para 2022, siga estos pasos:

Paso 1: Obtenga información sobre sus opciones y compare

- Puede afiliarse a un plan de salud de Medicare diferente,
- –*O bien*– Puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, tendrá que decidir si se afiliará a un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y usted 2022*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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. **Aquí encontrará información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Le recordamos que Cigna ofrece otros planes de salud de Medicare y 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 salud de Medicare**, inscríbase en el plan nuevo. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbase en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a 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 7.1 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.

  Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, es posible que Medicare le inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted haya elegido la opción de que no le inscriban automáticamente.

SECCIÓN 4 Cambio de plan

Si usted quiere cambiarse a un plan diferente o a Original 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 2022.

¿Puedo cambiar en algún otro momento del año?

En algunas situaciones, está permitido cambiarse 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 cambiarse en otros momentos del año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que entrará en vigor el 1 de enero de 2022 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) del 1 de enero al 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid)

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. En Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP, por sus siglas en inglés) de Texas.

El Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) de Texas 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 de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) de Texas 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 al Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) de Texas al 1-800-252-9240.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid), comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid) al 1-512-424-6500 o al 1-800-252-8263. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m. Pregunte de qué modo inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare afectará la manera en que recibe su cobertura de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid).

SECCIÓN 6 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.** Dado que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en la "Ayuda Adicional", también llamada Subsidio por bajos ingresos. La "Ayuda Adicional" paga parte del coseguro, de los deducibles anuales y de las primas de sus medicamentos con receta. Dado que usted reúne los requisitos, no tiene una interrupción en la cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta acerca de la "Ayuda Adicional", llame 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.** Texas tiene un programa llamado Programa de Cuidado de la Salud Renal 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).
- **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 Medicamentos para el VIH de Texas. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas al 1-800-255-1090.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 Cómo recibir ayuda de nuestro plan

¿Tiene preguntas? Estamos para servirle. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-668-3813. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos llamadas telefónicas del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2022 (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 2022. Para conocer más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2022 de Cigna TotalCare (HMO D-SNP). 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 www.cignamedicare.com. 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 www.cignamedicare.com. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 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). El sitio tiene información sobre costo, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud 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).

Lea *Medicare y usted 2022*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2022*. 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) 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.

Sección 7.3 Cómo recibir ayuda de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid)

Para obtener información acerca de Medicaid, puede llamar a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid) al 1-512-424-6500 o al 1-800-252-8263. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989.

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