

Senior Care Options (HMO D-SNP) de BMC HealthNet Plan ofrecido por
Boston Medical Center Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2021

Usted está actualmente inscrito como miembro de *Senior Care Options (HMO D-SNP) de BMC HealthNet Plan*. El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa acerca de los cambios.*

¿Qué debe hacer ahora?

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios le corresponden a usted?

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.
 - Es importante que revise su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades para el año próximo.
 - ¿Afectan los cambios los servicios que utiliza?
 - Consulte las Secciones 2.5 y 2.6 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

- Revise los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.
 - ¿Estarán cubiertos los medicamentos?
 - ¿Estarán sus medicamentos en una categoría diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Tiene alguno de sus medicamentos restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de surtir su receta?
 - ¿Puede seguir acudiendo a las mismas farmacias? ¿Hay cambios en los costos al acudir a esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos de 2021 y consulte en la Sección 2.6 la información acerca de los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que sus costos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico acerca de alternativas de costo más bajo que puedan estar disponibles para usted; esto puede permitirle ahorrar en sus costos de desembolso directo anual durante el año. Para obtener información adicional sobre precios de medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices). Estas tablas destacan cuáles fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos año a año. Tenga en cuenta que su plan de beneficios determinará exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están en nuestra red sus médicos, incluidos los especialistas a los que consulta periódicamente?
 - ¿Y los hospitales u otros proveedores a los que consulta?
 - Consulte la Sección 2 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- Piense en los costos totales de atención médica.
 - ¿Cuánto gastará de desembolso directo para los servicios y los medicamentos recetados que usa generalmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está satisfecho con el plan.

2. COMPARE: Infórmese sobre otras opciones de plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la herramienta de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web <https://www.medicare.gov/plan-compare>.
 - Revise la lista que aparece al reverso de su manual Medicare y usted.
 - Consulte la Sección 4 para obtener más información sobre sus opciones.
- Cuando seleccione un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, se le inscribirá en *Senior Care Options (HMO D-SNP) de BMC HealthNet Plan*.
- Si desea **cambiarse a un plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Consulte la página 10 de la sección 4 para obtener más información sobre sus opciones.

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, se le inscribirá en *Senior Care Options (HMO D-SNP) de BMC HealthNet Plan*.
- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2021**. Se le dará de baja automáticamente de su plan actual.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.

- Comuníquese con nuestro número de Servicios al Miembro al 1-855-833-8125 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1.º de octubre al 31 de marzo). Las llamadas a estos números son gratuitas.
- Servicios al Miembro también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos como el braille, en letras grandes u otros formatos alternativos. Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro al 1-855-833-8125.
- **La cobertura en virtud de este Plan califica como cobertura de salud que califica (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Sobre *Senior Care Options (HMO D-SNP) de BMC HealthNet Plan*

- *Senior Care Options (HMO D-SNP)* de BMC HealthNet Plan es un plan HMO con un contrato con Medicare Advantage y un contrato con el programa Medicaid de Massachusetts. La inscripción en *Senior Care Options (HMO D-SNP) de BMC HealthNet Plan* depende de la renovación del contrato. *Senior Care Options (HMO D-SNP) de BMC HealthNet Plan* es un programa voluntario de MassHealth (Medicaid) en asociación con la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. El plan también tiene un acuerdo escrito con el programa de Medicaid de Massachusetts para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando en este folleto se dice “nosotros”, “nos” o “nuestro” se refiere a *Boston Medical Center Health Plan, Inc., conocido como Boston Medical Center HealthNet Plan*. Cuando se diga “plan” o “nuestro plan”, significa *Senior Care Options (HMO D-SNP) de BMC HealthNet Plan*.

Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y 2021 de *Senior Care Options (HMO D-SNP) de BMC HealthNet Plan* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de cambios.** Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, www.SeniorsGetMore.org. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* adjunta para averiguar si hay otros cambios de beneficios o costos que lo afectan. También puede llamar a Servicios al Miembro para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo postal. Si califica para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por su deducible, visitas al consultorio del médico y hospitalizaciones como paciente hospitalizado.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior o inferior a esta cantidad. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$0 por visita	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$0 por visita

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye pacientes hospitalizados en estado agudo, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que ingresan oficialmente al hospital con una orden del médico. El día anterior al alta es su último día de hospitalización.</p>	\$0	\$0
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 2.6 para obtener más detalles.)</p>	Deducible: \$0	Deducible: \$0

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Monto máximo de desembolso directo</p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de desembolso directo por la cobertura de sus servicios de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles).</p>	\$0	\$0

Aviso anual de cambios para 2021

Índice

Resumen de costos importantes para 2021	1
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	5
eliminar párrafo de introducción	5
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual.....	5
Sección 2.2 – Cambios en su cantidad máxima de desembolso directo	5
Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores	6
Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias	7
Sección 2.5 – Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos.....	7
Sección 2.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.....	9
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir.....	10
Sección 3.1 – Si quiere quedarse en <i>Senior Care Options (HMO D-SNP) de BMC HealthNet Plan</i>	10
Sección 3.2 – Si desea cambiarse de plan.....	10
SECCIÓN 4 Cambiar de plan.....	11
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare y Medicaid.....	12
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....	12
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	13
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de <i>Senior Care Options (HMO D-SNP) de BMC HealthNet Plan</i>	13
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	13
Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid	14

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

****eliminar párrafo de introducción****

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual <i>Sin cambios</i> (También deberá seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0	\$0

Sección 2.2 – Cambios en su cantidad máxima de desembolso directo

Para protegerle, Medicare obliga a todos los planes de salud a limitar el importe de “desembolso directo” durante el año. Ese límite se llama “monto máximo de desembolso directo”. Una vez que alcance esta cantidad, generalmente no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Monto máximo de desembolso directo</p> <p>Dado que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de desembolso directo.</p> <p>Si califica para recibir asistencia de Medicaid con los copagos de la Parte A y la Parte B, usted no es responsable de pagar ningún costo de desembolso directo hacia el monto máximo de desembolso directo por la cobertura de los servicios de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para su monto máximo de desembolso directo. Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para su monto máximo de desembolso directo. Los costos de sus medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de desembolso directo.</p>	<p>\$0</p>	<p>\$0</p>

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Hay un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web, en www.SeniorsGetMore.org. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo postal un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores 2021 ara averiguar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen diversos motivos por los que su proveedor podría abandonar su plan, pero si en efecto su médico o especialista abandonan el plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos brindarle acceso sin interrupciones a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para avisarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor se retira de nuestro plan para que usted tenga tiempo de seleccionar otro.
- Nosotros le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para seguir administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está en tratamiento médico, tiene el derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros trabajaremos con usted para asegurar que eso se cumpla.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no está siendo debidamente administrada, tiene derecho a presentar una apelación a nuestra decisión.
- Si averigua que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que le ayudemos a encontrar un nuevo proveedor que maneje su atención.

Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias

La cantidad que usted paga por sus medicamentos recetados puede depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se adquieren en una de las farmacias de nuestra red.

Nuestra red ha cambiado más de lo habitual en 2021. Hay un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web en www.SeniorsGetMore.org. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo postal un Directorio de farmacias. Le sugerimos encarecidamente que revise nuestro Directorio de Farmacia actual para averiguar si su farmacia todavía está en nuestra red.

Sección 2.5 – Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa los cambios en sus costos y beneficios de Medicare y Medicaid.

El próximo año cambiaremos la cobertura de determinados servicios médicos. La siguiente información describe esos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios (qué está cubierto)*, en su *Evidencia de cobertura 2021*. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, www.SeniorsGetMore.org. También puede llamar a Servicios al Miembro para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo postal.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Beneficio Complementario: Artículos Over the Counter (OTC), combinados con el beneficio SSBCI Food & Produce	\$100 por trimestre calendario (\$400 por año calendario) con traslado de cualquier importe no utilizado al siguiente trimestre calendario, dentro del mismo año calendario.	\$50 por mes (\$600 por año calendario) para ser utilizado para una combinación de artículos de venta libre, Alimentos y Productos, o una combinación de artículos de venta libre/alimentos y productos. Hay un traslado de cualquier cantidad no utilizada para el(los) mes(es) siguiente(s), dentro del mismo año calendario.
Beneficio Complementario Especial para los Enfermos Crónicos: Alimentos y Productos, combinados con el beneficio complementario de venta libre	Los alimentos y los productos no estaban cubiertos.	\$50 por mes para ser utilizado para una combinación de artículos de venta libre, Alimentos y Productos, o una combinación de artículos de venta libre/alimentos y productos. Hay un traslado de cualquier cantidad no utilizada para el(los) mes(es) siguiente(s), dentro del mismo año calendario.
Beneficio complementario: Aparatos para la vista	\$150 por año calendario	\$300 por año calendario
Beneficio complementario: Servicios de acondicionamiento físico	Reembolso de cobertura del 50 % hasta un máximo de \$400 para inscribirse en un club de salud o programas de acondicionamiento físico, como yoga, aeróbicos acuáticos, prevención de caídas y otros programas/clases.	Hasta \$225 por año calendario para servicios relacionados con el acondicionamiento físico. Se puede utilizar para cualquier combinación de lo siguiente: monitor de actividad, programas de acondicionamiento físico que incluyen yoga, aeróbic acuático, acondicionamiento físico de la memoria o membresía en un YMCA o un club de salud.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Beneficio complementario: Servicios Mundiales de Atención a emergencias y urgencias	Los servicios mundiales de atención a emergencias y urgencias fuera de los Estados Unidos y sus territorios <u>no</u> están cubiertos.	Los servicios mundiales de atención a emergencias y urgencias fuera de los Estados Unidos y sus territorios están cubiertos. NO se proporciona cobertura de transporte para regresar a una Persona Inscrita a los Estados Unidos o a sus territorios.

Sección 2.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Se proporciona por vía electrónica una copia de nuestra Lista de medicamentos. La lista de medicamentos proporcionado electrónicamente en nuestro sitio web incluye muchos – *pero no todos* – de los medicamentos que cubriremos el próximo año. Si no ve su medicamento en esta lista, aun así podría estar cubierto. **Puede obtener la lista de medicamentos completa** si llama a Servicios al Miembro (consulte la contraportada) o visite nuestro sitio web (www.SeniorsGetMore.org).

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

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

- **Comunicarse con su médico (u otra persona que recete) y pedir al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento.
 - Para averiguar qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a Servicios al Miembro.
- **Comuníquese con su médico (u otra persona que recete) para buscar un medicamento** diferente que cubramos. Puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

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

Si recibió la aprobación para una excepción del formulario este año, y el medicamento todavía necesitará una excepción para la cobertura el próximo año, ampliaremos su aprobación hasta 2021. No tendrá que enviar otra solicitud.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos es nueva para el inicio de cada año. Sin embargo, durante el año, podemos hacer otros cambios que permiten las reglas de Medicare.

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted.** Hemos incluido un documento separado llamado “Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que obtienen Ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados” (también conocida como “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que informa sobre sus costos de medicamentos. Debido a que usted recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este documento con este paquete, llame a Servicios al Miembro y solicite la “Cláusula LIS”. Los números de teléfono de Servicios al Miembro están en la Sección 7.1 de este folleto.

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si quiere quedarse en *Senior Care Options (HMO D-SNP) de BMC HealthNet Plan*

Para permanecer en nuestro plan no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en *Senior Care Options (HMO D-SNP) de BMC HealthNet Plan*.

Sección 3.2 – Si desea cambiarse de plan

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero si quiere cambiarse en 2021, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- -- O-- Puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y usted 2021*, llame a su Programa Estatal de Asistencia del Seguro Médico (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede buscar información sobre los planes en su área en el Buscador de planes de Medicare o en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede buscar información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse **a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el plan nuevo. Su inscripción en *Senior Care Options (HMO D-SNP) de BMC HealthNet Plan* se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en *Senior Care Options (HMO D-SNP) de BMC HealthNet Plan* se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, deberá:
 - Enviarnos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Comunicarse con Servicios al Miembro si necesita información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están en la Sección 7.1 de este folleto).
 - – o – Comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele 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 Medicare de medicamentos recetados aparte, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que se haya optado por excluirse de la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cambiar de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare el próximo año, puede hacer esto desde el 15 de octubre al 7 de diciembre. El cambio surtirá efecto el 1.º de enero de 2021.

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, los cambios también se pueden hacer en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o están abandonando cobertura de un empleador, y aquellos que se mudan fuera del área de servicio pueden estar autorizados para hacer un cambio en otros momentos del año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2021, y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º de enero al 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9, Sección 2.3, de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En Massachusetts, el SHIP se denomina SHINE (Al servicio de las necesidades de seguro médico de todos).

SHINE es independiente (no está conectado con ninguna compañía aseguradora ni con ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe financiamiento del gobierno federal para ofrecer asesoramiento **gratuito** sobre el seguro médico local a los beneficiarios de Medicare. Los asesores de SHINE pueden ayudarlo si tiene preguntas o problemas relativos a Medicare. Lo pueden ayudar a entender sus opciones dentro del plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar a SHINE al 1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636). Puede obtener más información sobre SHINE si visita su sitio web, en (www.800ageinfo.com).

Para formular preguntas sobre sus beneficios de MassHealth (Medicaid), comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente de MassHealth (Medicaid): 1-800-841-2900, TTY/TDD: 1-800-497-4647, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta cómo obtiene su cobertura de MassHealth.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados con **“Ayuda adicional” de Medicare**. Debido a que tiene Medicaid, usted ya está inscrito en “Ayuda adicional”, también denominado Subsidio por bajos ingresos. El programa “Ayuda adicional” paga algunas de las primas de sus medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguro. Debido a que usted califica, no tiene un vacío en la cobertura o multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas acerca del programa Ayuda adicional, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina del Seguro Social (Social Security Office) al 1-800-772-1213, 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de *Senior Care Options (HMO D-SNP) de BMC HealthNet Plan*

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios al Miembro, al 1-855-833-8125. (Solo TTY, llame al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1.º de octubre al 31 de marzo). Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Este *Aviso anual de cambios* ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2021* de *Senior Care Options (HMO D-SNP) de BMC HealthNet Plan*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que necesita seguir para recibir servicios cubiertos y medicamentos recetados. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, en www.SeniorsGetMore.org. También puede llamar a Servicios al Miembro para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo postal.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.SeniorsGetMore.org. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para recibir información directamente de Medicare:

Llame a 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). Tiene información sobre los costos, la cobertura y las clasificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede buscar información sobre los planes disponibles en su área si usa el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y usted 2021*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2021*. Este folleto se envía por correo postal todos los años en otoño a quienes tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios de Medicare, sus derechos y protecciones y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov), o 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.

Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900 o al 617-573-1770. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-497-4648. Están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.