

**Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) es ofrecido por AETNA BETTER HEALTH INC. (NJ).**

## **Aviso anual de cambios para 2022**

Usted está actualmente inscrito como miembro de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los beneficios del plan. *Este documento describe los cambios.*

---

### **Qué hacer ahora**

**1. PREGUNTE:** Qué cambios se aplican a usted.

- Verifique los cambios en nuestros beneficios para saber si le afectan a usted.
  - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
  - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
  - Consulte las Secciones 1.5 y 1.6 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios de nuestro plan.
  
- Verifique los cambios en el documento sobre nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si le afectan.
  - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
  - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
  - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias?
  - Revise la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) para 2022 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
  
- Compruebe si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
  - ¿Están en la red sus médicos, incluidos los especialistas que visita con regularidad?
  - ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
  - Consulte la Sección 1.3 para obtener información acerca de nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

Piense acerca de los costos de atención médica generales.

- ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está conforme con nuestro plan.

## **2. COMPARE:** Obtenga información sobre otras opciones de planes.

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

- Use la función de búsqueda personalizada en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).
- Revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare & You 2022* (Medicare y usted para 2022).
- Consulte la Sección 2.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

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

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, permanecerá inscrito en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).
- Si quiere **cambiar a un plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

## **4. INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, inscríbase 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**, permanecerá inscrito en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).
- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. Su inscripción en el plan actual se cancelará automáticamente.

### **Recursos adicionales**

- Este documento está disponible sin cargo en español. ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de idiomas gratuitos. Llame al 1-844-362-0934 (TTY: 711).

This document is available for free in Spanish. ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-362-0934 (TTY: 711).

- Para obtener información adicional, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 o al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, tamaño de letra grande u otros formatos alternativos.
- **La cobertura de este plan reúne los requisitos de cobertura médica calificada (QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

### **Acerca de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)**

- Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) es un plan para necesidades especiales completamente integrado con doble elegibilidad con un contrato con Medicare y el programa NJ FamilyCare (Medicaid). La inscripción en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a AETNA BETTER HEALTH INC. (NJ). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).
- Los miembros deben usar los proveedores, las farmacias, los proveedores de equipo médico duradero (DME) del plan de la red y seguir las normas sobre remisiones.
- Se inscribirá a los miembros en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare del plan y se cancelará automáticamente su inscripción en cualquier otra cobertura de medicamentos con receta de Medicare Advantage o de la Parte D de Medicare.

## Resumen de costos importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 y 2022 para Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.**

Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/member-materials-forms](https://www.aetna.com/New-Jersey-hmosnp/member-materials-forms).

También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan</b>	\$0	\$0
<b>Consultas en el consultorio del médico</b>	Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta	Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta
	Consultas a un especialista: Copago de \$0 por consulta	Consultas a un especialista: Copago de \$0 por consulta
<b>Hospitalizaciones</b> Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.	Copago de \$0 por hospitalización	Copago de \$0 por hospitalización
<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).	Deducible: \$0	Deducible: \$0

<b>Costo</b>	<b>2021 (este año)</b>	<b>2022 (próximo año)</b>
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$0	\$0

## **Aviso anual de cambios para 2022**

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2022</b>		<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Cambios en los beneficios para el próximo año</b>	<b>4</b>
Sección 1.1	Cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2	Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	4
Sección 1.3	Cambios en la red de proveedores	4
Sección 1.4	Cambios en la red de farmacias	5
Sección 1.5	Cambios en los beneficios	6
Sección 1.6	Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	9
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Cómo decidir qué plan elegir</b>	<b>11</b>
Sección 2.1	Si desea seguir inscrito en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)	11
Sección 2.2	Si desea cambiar de plan	11
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Cambio de plan</b>	<b>12</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid</b>	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Tiene preguntas?</b>	<b>13</b>
Sección 5.1	Cómo recibir ayuda de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)	13
Sección 5.2	Cómo recibir ayuda de Medicare	14
Sección 5.3	Cómo recibir ayuda de Medicaid	15

## SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios para el próximo año

### Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (Medicaid paga la prima de la Parte B de Medicare por usted).	\$0	\$0

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

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos por el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b>  <b>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan este monto máximo de bolsillo.</b>	\$0	\$0

### Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. Encontrará un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/find-provider). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2022 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un

proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo nuestro esfuerzo por enviarle un aviso con al menos 30 días de anticipación que explicará que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa y trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.

#### Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. Encontrará un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/find-provider). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*. **Revise el 2022 Directorio de proveedores y farmacias para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

## Sección 1.5 Cambios en los beneficios

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

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*, en la *Evidencia de cobertura para 2022*. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey/hmosnp). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p><b>Tarjeta para alimentos saludables</b> <b>Healthy Foods</b></p>	<p>Si le diagnostican una afección crónica médicamente compleja, podría ser elegible para recibir una tarjeta para alimentos saludables Healthy Foods</p> <p>La tarjeta para alimentos saludables Healthy Foods es una tarjeta de beneficios con una asignación mensual de \$50 para comprar alimentos y productos saludables y nutritivos. Los productos aprobados pueden comprarse en ubicaciones aprobadas para ayudarles a los miembros a mantener una dieta saludable que satisfaga sus necesidades nutricionales. La asignación no utilizada no se transferirá al mes siguiente.</p>	<p>Si le diagnostican una afección crónica médicamente compleja, podría ser elegible para recibir una tarjeta para alimentos saludables Healthy Foods</p> <p>La tarjeta para alimentos saludables Healthy Foods es una tarjeta de beneficios con una asignación para comprar alimentos y productos saludables y nutritivos. Los productos aprobados pueden comprarse en ubicaciones aprobadas para ayudarles a los miembros a mantener una dieta saludable. Si es elegible para este beneficio, recibirá \$150 por trimestre. La asignación no utilizada no se transferirá al trimestre siguiente.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	<p>Llame a su equipo de atención de Aetna para obtener más información sobre este beneficio y su elegibilidad.</p>	<p>Llame a su equipo de atención de Aetna para obtener más información sobre este beneficio y su elegibilidad.</p>
<p><b>Ayuda en caso de COVID-19</b></p>	<p>Durante la emergencia de salud pública debido a la COVID-19, ofrecimos a los miembros un copago de \$0 para consultas con médicos de atención primaria y pruebas de COVID-19. Su plan también enviaba a los miembros diagnosticados con COVID-19 una caja de suministros.</p>	<p>Su plan ofrece lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 para consultas con médicos de atención primaria (de proveedores de la red)</li> <li>• Usted paga un copago de \$0 por pruebas de COVID-19 (de proveedores de la red)</li> <li>• Usted paga un copago de \$0 por vacunas contra la COVID-19 (de proveedores de la red)</li> <li>• Ya no enviamos una caja de suministros para los miembros diagnosticados con COVID-19</li> </ul>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<b>Comidas (después del alta)</b>	<p>Usted paga un copago de \$0 por 28 comidas en un período de 14 días después de recibir el alta de un hospital de cuidados agudos para pacientes internados o un hospital psiquiátrico para pacientes internados. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p> <p>GA Foods proporciona las comidas.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por 28 comidas en un período de 14 días después de recibir el alta de un hospital de cuidados agudos para pacientes internados, un hospital psiquiátrico para pacientes internados o un centro de atención de enfermería especializada. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p> <p>GA Foods proporciona las comidas.</p>
<b>Productos de venta libre (OTC)</b>	<p>El plan ofrece una asignación de \$210 <u>por trimestre</u> para suministros y medicamentos de venta libre (OTC) que pueden pedirse a través de un catálogo o en tiendas CVS participantes exclusivas.</p> <p>Visite el sitio web <a href="http://www.cvs.com/otchs/myorder">www.cvs.com/otchs/myorder</a> e inicie sesión en su cuenta para ver el catálogo de productos de venta libre (OTC) disponibles para usted.</p> <p>La terapia de reemplazo de nicotina (NRT) está cubierta.</p>	<p>El plan ofrece una asignación de \$315 <u>por trimestre</u> para suministros y medicamentos de venta libre (OTC) que pueden pedirse a través de un catálogo o en tiendas CVS participantes exclusivas.</p> <p>Visite el sitio web <a href="http://www.cvs.com/otchs/myorder">www.cvs.com/otchs/myorder</a> e inicie sesión en su cuenta para ver el catálogo de productos de venta libre (OTC) disponibles para usted.</p> <p>La terapia de reemplazo de nicotina (NRT) está cubierta.</p>

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

<b>Cambios en nuestra Lista de medicamentos</b>
---

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* por vía electrónica.

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

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

- **Trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento.
  - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos])* o llame al Departamento de Servicios para Miembros.
- **Trabajar con su médico (o la persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y pedir 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 durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

Mientras tanto, usted y su médico deberán decidir qué hacer antes de que se agote su suministro temporal del medicamento.

- **Tal vez encuentren un medicamento diferente** cubierto por el plan que podría funcionar con la misma eficacia para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su médico a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

- Usted y su médico pueden solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento. Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte la *Evidencia de cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp](https://www.AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp). Consulte la Sección 7 del Capítulo 8 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Nuestra política de transición se aplica a todos los medicamentos con receta de la Parte D que no se incluyen en el Formulario o que están en el Formulario, pero tienen una restricción, como autorización previa o tratamiento escalonado. Recibirá un suministro de transición en el punto de venta, con excepciones, ya que ciertos medicamentos requieren una determinación de cobertura para saber si deben estar cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare. En dicho caso, es posible que su médico o farmacia deba entregar información adicional; por lo tanto, es posible que este problema no se resuelva en el punto de venta.

- Si actualmente es un miembro inscrito que no solicita una excepción antes del 1 de enero de 2022 y su cobertura para tratamiento con medicamentos elegible para la Parte D actual se ve afectada negativamente por un cambio en el Formulario, cubriremos un suministro temporal del medicamento para un máximo de 30 días a partir del 1 de enero.
- Si experimenta un cambio en su entorno de atención (por ejemplo, recibe el alta o ingresa en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar una anulación de la receta por única vez. Esta anulación por única vez le brindará una cobertura temporal (al menos un suministro para 30 días) de los medicamentos correspondientes.

Sin importar el motivo por el que recibió un suministro temporal, deberá utilizar nuestro proceso de excepción, según lo establecido en la *Evidencia de cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp](https://www.AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp) en caso de que necesite seguir recibiendo el medicamento actual.

**Nota importante:** Tome medidas para trabajar con su médico a fin de encontrar alternativas adecuadas cubiertas durante el próximo año del plan antes del 1 de enero. Esto hará que su transición al próximo año calendario sea muy sencilla. Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte la *Evidencia de cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp](https://www.AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp). Consulte el Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura* (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el principio de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

Cuando realicemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aun así puede consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*).

La cantidad de días de un suministro a largo plazo cambió de 2021 a 2022 de un máximo de 90 días a un máximo de 100 días. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de los medicamentos con receta de pedido por correo, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*.

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

*Nota:* Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplica a su caso.**

## SECCIÓN 2      Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 2.1      Si desea seguir inscrito en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)

**Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada.** Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).

### Sección 2.2      Si desea cambiar de plan

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

#### **Paso 1: Conozca y compare sus opciones**

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- *O BIEN*, 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 acerca de Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y usted para 2022), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 5.2).

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

## **Paso 2: Cambie su cobertura**

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en un plan nuevo. Su inscripción en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, tiene las siguientes posibilidades:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros (en la Sección 5.1 de este documento encontrará los números de teléfono).
  - *O bien*, comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, 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 de medicamentos con receta de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que haya decidido no participar en la inscripción automática.

## **SECCIÓN 3      Cambio de plan**

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2022.

### **¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?**

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus

medicamentos, aquellas que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o puede cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura*.

## **SECCIÓN 4      Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid**

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva Jersey, el SHIP se denomina Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP).

El SHIP es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y **en forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del SHIP pueden abordar las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiarse de plan. Puede llamar a SHIP al 1-800-792-8820. Para obtener más información sobre el SHIP, puede visitar su sitio web ([www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship](http://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship)).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de NJ FamilyCare (Medicaid), comuníquese sin cargo con la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud al 1-800-356-1561 (TTY: 711). Pregunte de qué manera inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que recibe su cobertura de NJ FamilyCare (Medicaid).

## **SECCIÓN 5      ¿Tiene preguntas?**

### **Sección 5.1      Cómo recibir ayuda de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)**

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 o al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación (los usuarios de TTY deben llamar únicamente al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

**Lea la *Evidencia de cobertura* para 2022 (aquí se describen en detalle los beneficios para el próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios para 2022. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) para 2022. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los medicamentos con receta y los servicios cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp](https://AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

**Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp](https://AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp). Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

**Sección 5.2      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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Visite el sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](https://www.medicare.gov)). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para consultar la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)).

**Lea *Medicare & You 2022* (Medicare y usted para 2022)**

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

Sección 5.3      Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de NJ FamilyCare (Medicaid), comuníquese con la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud al 1-800-356-1561. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Consulte la *Evidencia de cobertura* para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan. Las características y la disponibilidad de los planes pueden variar según el área de servicio.

El formulario, la red de proveedores o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discriminamos por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Tampoco excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Si habla otro idioma que no sea inglés, tendrá a disposición servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp) o llame al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

Además, su plan de salud ofrece ayudas y servicios auxiliares, gratuitos, cuando sean necesarios para garantizar que las personas con discapacidades tengan igualdad de oportunidades de comunicarse de manera eficaz con nosotros. Su plan de salud también ofrece servicios de asistencia de idiomas, gratuitos, para las personas con dominio limitado del inglés. Si necesita estos servicios, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

Si considera que no le hemos proporcionado estos servicios o que se le discriminó de alguna manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Departamento de Quejas por escrito a Appeals and Grievances, PO Box 818070, Cleveland, OH 44181. También puede presentar una queja por teléfono llamando al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 (TTY: 711). Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

Además, puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos en [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint\\_frontpage.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf).

**ESPAÑOL (SPANISH):** Si habla un idioma que no sea el inglés, los servicios gratuitos de asistencia en idiomas están disponibles. Visite nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp) o llame al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

**(CHINESE)** 傳統漢語（中文）如果您講英語以外的語言，則提供免費語言援助服務。請造訪我們的網站 [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp) 或致電，1-844-362-0934 (TTY: 711)。服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.