



***FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP)  
es ofrecido por  
FirstCare Health Plans***

## **Aviso anual de cambios para 2021**

Usted está actualmente miembro en FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP). El año que viene, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa sobre los cambios.*

---

### **Qué hacer ahora**

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

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
  - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
  - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
  - Consulte las secciones 2.1 y 2.5 para obtener información sobre los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan.
  
- Consulte los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.
  - ¿Serán incluidos sus medicamentos en la cobertura?
  - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con gatos compartidos diferentes?
  - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de obtenerlos?
  - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
  - Revise la Lista de medicamentos 2021 y consulte la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
  - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices). Estos paneles destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de

medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros prestadores de servicios médicos estarán en nuestra red el próximo año.
  - ¿Están en nuestra red sus médicos, incluidos los especialistas que visita regularmente?
  - ¿Qué pasa con los hospitales u otros prestadores de servicios médicos que usa?
  - Consulte en la sección 2.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de prestadores.
  
- Piense en sus costos generales de atención médica.
  - ¿Cuánto gastará usted de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que toma regularmente?
  - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
  
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

## 2. **COMPARAR:** Aprenda sobre otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.
  - Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de coberturas de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).
  - Revise la lista al final de su folleto Medicare y Usted.
  - Consulte en la sección 4.2 para saber más sobre sus elecciones.
  
- Una vez que limite su elección a un plan preferida, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

## 3. **ESCOGER:** Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, estará inscrito en FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP).
- Si quiere **cambiar a un plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Mire en la sección 5, 12 para obtener más información sobre sus opciones.

## 4. **INSCRIBIRSE:** Para cambiar de plan, únase a 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**, estará inscrito en FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP).

- Si se une a otro plan entre **el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. Será dado de baja automáticamente de su plan actual.

### **Recursos adicionales**

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.
- Comuníquese con nuestro número de Servicio al cliente al 1-866-229-4969 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m. De lunes a viernes.
- Esta información también está disponible en formatos alternativos (por ejemplo, letra grande).
- **La cobertura califica como Plan médica calificada (QHC, en inglés) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés).** 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 FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP)**

- FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) es un plan médica con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Texas. La inscripción en FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.
  - Cuando este folleto dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa FirstCare Health Plan. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP).
-

## Resumen de gastos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y los costos de 2021 para FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en [firstcare.com/dualsnp](http://firstcare.com/dualsnp). También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una Evidencia de cobertura. Si usted es elegible para la asistencia de gastos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por su deducible, visitas al consultorio médico y estancias hospitalarias como paciente internado.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p><b>Prima mensual del plan*</b></p> <p>*Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la sección 2.1 para obtener más detalles.</p>	<p>\$0 - \$20.80</p> <p>Los beneficiarios de subsidios por bajos ingresos generalmente no tienen una prima.</p>	<p>\$0 - \$22.50</p> <p>Los beneficiarios de subsidios por bajos ingresos generalmente no tienen una prima.</p>
<p><b>Visitas al consultorio médico</b></p>	<p>Visitas de atención primaria: Copago de \$0 por visita.</p> <p>Visitas de especialistas: Copago de \$0 por visita.</p>	<p>Visitas de atención primaria: Copago de \$0 por visita.</p> <p>Visitas de especialistas: Copago de \$0 por visita.</p>
<p><b>Hospitalizaciones</b></p> <p>Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. Los servicios hospitalarios para pacientes internados comienzan el día en que usted ingresa formalmente al hospital con una orden médica. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p>Copago de \$0 por cada hospitalización con cobertura de Medicare.</p>	<p>Copago de \$0 por cada hospitalización con cobertura de Medicare.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Consulte la sección 2.6 para más detalles.)</p>	<p>Deducible: \$0 o \$89 por año para medicamentos recetados de la Parte D según su nivel de subsidio por bajos ingresos.</p> <p>La mayoría de los beneficiarios de subsidios por bajos ingresos no tienen un deducible de la Parte D.</p> <p>Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Usted paga \$0 - 15% de coseguro por medicamentos genéricos y todos los demás medicamentos, según la farmacia que elija.</p>	<p>Deducible: \$0 o \$92 por año para medicamentos recetados de la Parte D, según su nivel de subsidio por bajos ingresos.</p> <p>La mayoría de los beneficiarios de subsidios por bajos ingresos no tienen un deducible de la Parte D.</p> <p>Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Usted paga \$0 - 15% de coseguro por medicamentos genéricos y todos los demás medicamentos, según la farmacia que elija.</p>
<p><b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b> Este es el <u>máximo</u> que pagará de gastos de bolsillo por los servicios de la Parte A y B con cobertura. (Consulte la sección 2.2 para más detalles.)</p>	<p>\$6,700</p> <p>No es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo dirigido al monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios con cobertura de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$6,700</p> <p>No es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo dirigido al monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios con cobertura de la Parte A y la Parte B.</p>



## SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

El 1 de enero de 2021, el nombre de nuestro plan cambiará de FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) a FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP).

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

### Sección 2.1 – Cambios a la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<b>Prima mensual</b> (Usted también debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0 - \$20.80 Los beneficiarios de subsidios por bajos ingresos generalmente no tienen una prima.	\$0 - \$22.50 Los beneficiarios de subsidios por bajos ingresos generalmente no tienen una prima.

### Sección 2.2 – Cambios en su monto máximo de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes médicos limiten la cantidad que paga "de gastos de bolsillo" durante el año. Este límite se denomina "monto máximo de bolsillo". Una vez que alcanza esta cantidad, generalmente no paga nada por los servicios con cobertura Parte A y Parte B para el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p><b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b> \$6,700</p> <p><b>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de bolsillo.</b> No es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo tendiente al monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios con cobertura de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos con cobertura (como copagos) cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo. Sus costos por los medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo.</p>	\$6,700	<p>\$6,700</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,700 de gastos de bolsillo por los servicios con cobertura de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios incluidos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.</p>

## Sección 2.3 – Cambios de la red de prestadores

Hay cambios en nuestra red de prestadores de servicios médicos para el próximo año. Un Directorio de prestadores actualizado se encuentra en nuestro sitio web en [firstcare.com/dualsnp](http://firstcare.com/dualsnp). También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre los prestadores de servicios médicos o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de prestadores de servicios médicos. **Revise el Directorio de prestadores 2021 para ver si sus prestadores (prestador principal de servicios médicos, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (prestadores de servicios médicos) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su prestador podría abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de prestadores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para notificarle con al menos 30 días de anticipación que su prestador de servicios médicos dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo prestador de servicios médicos.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo prestador calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.

- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitarlo, y trabajaremos con usted para garantizar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si considera que no le hemos asignado un prestador calificado para reemplazar a su antiguo prestador o que su servicio de atención no está siendo administrado correctamente, tiene derecho de apelar nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo prestador de servicios médicos para administrar su atención.

---

## Sección 2.4 – Cambios de la red de farmacias

---

Los precios que usted pague por sus medicamentos recetados dependerán de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas *solamente* tienen cobertura si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Un Directorio de farmacias actualizado se encuentra en nuestro sitio web en [firstcare.com/dualsnp](http://firstcare.com/dualsnp). También puede llamar a Servicio al cliente para obtener información actualizada sobre los prestadores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2021 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

---

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

---

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

Estamos cambiando nuestra cobertura para ciertos servicios médicos del próximo año. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que tiene cobertura y lo que usted paga)*, en su Evidencia de cobertura 2021. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en [firstcare.com/dualsnp](http://firstcare.com/dualsnp). También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<b>Servicios dentales (Preventivo)</b>	Sin cobertura.	<p>Usted paga un copago de \$0 por exámenes orales: uno cada seis meses.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por la profilaxis: una cada seis meses.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por radiografías dentales: una por año.</p>
<b>Aparatos auditivos</b>	<p><b><u>Dentro y fuera de la red</u></b> Máxima cobertura de beneficios Ninguna.</p>	<p><b><u>Dentro y fuera de la red</u></b> Cobertura máxima de beneficios \$600 cada dos años.</p>
<b>Servicios de apoyo a domicilio</b>	Sin cobertura.	Usted paga un copago de \$0 por hasta cinco turnos de asistencia de cuatro horas para realizar actividades de la vida diaria (ADLS, en inglés) anualmente.
<b>Beneficio de comidas</b>	Sin cobertura.	Usted paga un copago de \$0 por 14 comidas por alta hospitalaria al hogar; límite de tres altas por año.
<b>Servicios de transporte</b>	Sin cobertura.	Usted paga un copago de \$0 por hasta 24 viajes de ida por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas por viaje.

---

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

---

<b>Cambios a nuestra lista de medicamentos</b>
--

Nuestra lista de medicamentos con cobertura se llama Formulario o "Lista de medicamentos". Una copia de nuestra Lista de medicamentos es proporcionada electrónicamente.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos los cambios en los medicamentos que cubrimos y los cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos** para asegurarse de que sus medicamentos tengan cobertura el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.

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

- **Trabajar con su médico (u otra persona que recete) y solicitar al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Alentamos a los miembros actuales** a solicitar una excepción antes del próximo año.
  - Para saber qué debe hacer para solicitar 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 al Servicio al Cliente.
- **Trabaje con su médico (o recetador) para encontrar un medicamento diferente con cobertura.** Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una lista de medicamentos con cobertura que tratan la misma afección médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento no incluido en el formulario en los primeros 90 días del año de la cobertura o los primeros 90 días de membresía para evitar un lapso sin cobertura en la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura.*) Durante el tiempo en que reciba un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente con plan o pedirle al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual.

Las excepciones actuales al formulario pueden expirar al final del año del contrato. Si aún requiere una excepción al formulario, debe hablar con su médico y solicitar una excepción para el próximo año.

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

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otro recetador) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según

lo programado y brindaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte el capítulo 5, sección 6 de la Evidencia de cobertura).

### **Cambios en los costos de medicamentos recetados**

*Nota:* Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Beneficio adicional"), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D hace no le aplica a usted.** Nosotros le enviaremos un inserto por separado, llamado "Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben beneficio adicional para pagar sus medicamentos recetados" (también llamada "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional LIS"), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Porque recibe "Beneficio adicional" no ha recibido este inserto, llame al Servicio de atención al cliente y solicite el "Anexo LIS".

Hay cuatro "etapas de cobertura para medicamentos". La cantidad que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de cobertura del medicamento en la que se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas.)

La siguiente información muestra los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de lapso sin cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, busque en su *Resumen de beneficios* o en el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de cobertura*).

## Cambios a la etapa del deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de su Parte D o medicamento de marca hasta que haya alcanzado el deducible anual</p>	<p>Deducible: \$0 o \$89, por año para la Parte D, según el nivel de “Beneficio adicional” que reciba. (Consulte el inserto separado, el "Anexo LIS", para conocer el monto de su deducible.)</p> <p>Si su deducible es \$0: Esta etapa de pago no se aplica a usted.</p> <p>Si no recibe Beneficio adicional, su deducible es de \$435. Usted paga el costo total de todos sus medicamentos hasta que haya pagado \$435.</p>	<p>Deducible: \$0 o \$92, por año para la Parte D, según el nivel de “Beneficio adicional” que reciba. (Consulte el inserto separado, el "Anexo LIS", para conocer el monto de su deducible.)</p> <p>Si su deducible es \$0: Esta etapa de pago no se aplica a usted.</p> <p>Si no recibe Beneficio adicional, su deducible es de \$445. Usted paga el costo total de todos sus medicamentos hasta que haya pagado \$445.</p>

## Cambios en su gasto compartido en la etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por medicamentos con cobertura* en su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que pague el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte de este.</b></p>	<p>Su costo por un suministro de un mes provisto en una farmacia de la red con gasto compartido estándar:</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes provisto en una farmacia de la red con gasto compartido estándar:</p>

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p><b>Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando surta su receta en una farmacia de la red que proporciona gastos compartidos estándar.</b></p> <p>Para información sobre los costos para un suministro a largo plazo o para recetas de pedidos por correo consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p><b>Genérico</b> (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): Usted paga: copago de \$0 o copago de \$1.30 o copago de \$3.60 o un coseguro del 15%.</p> <p>O si no tiene “Beneficio adicional”, paga lo siguiente: 25% del costo del medicamento.</p> <p><b>Todos los demás medicamentos:</b> Usted paga: copago de \$0 o copago de \$3.90 o copago de \$8.95 o un coseguro del 15%.</p> <p>O si no tiene “Beneficio adicional” usted paga lo siguiente: 25% del costo del medicamento.</p> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado \$4,020, pasará a la siguiente etapa (la etapa de lapso de cobertura).</p>	<p><b>Genérico</b> (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): Usted paga: copago de \$0 o copago de \$1.30 o copago de \$3.70 o un coseguro del 15%.</p> <p>O si no tiene “Beneficio adicional”, paga lo siguiente: 25% del costo del medicamento.</p> <p><b>Todos los demás medicamentos:</b> Usted paga: copago de \$0 o copago de \$4 o copago de \$9.20 o un coseguro del 15%.</p> <p>O si no tiene “Beneficio adicional” usted paga lo siguiente: 25% del costo del medicamento.</p> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la etapa de lapso de cobertura).</p>

## Cambios en el lapso sin cobertura y las etapas de cobertura catastrófica

La Etapa de brecha de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a ninguna etapa.**

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

### SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Descripción	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<b>Suministros y servicios para diabéticos y zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos</b>	Suministros y servicios para diabéticos limitados a los de un fabricante específico.	Los suministros y servicios para diabéticos ya no se limitan a un fabricante específico.
<b>Servicios de diálisis</b>	Se requiere autorización previa.	No se requiere autorización previa.
<b>Dental integral</b>	Se requiere autorización previa.	No se requiere autorización previa.

### SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir

#### Sección 4.1 – Si desea permanecer en FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP)

**Para permanecer en nuestro plan usted no necesita hacer nada.** Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, estará inscrito automáticamente en nuestro FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP).

#### Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar para 2021, siga estos pasos:

## Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede unirse a un plan médica de Medicare diferente,
- -- *O*-- puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se une a 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 sobre el Seguro Médico (vea la Sección 6), o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

Usted también puede encontrar información sobre los planes en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare). **Aquí podrá encontrar información sobre costos, coberturas y calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

## Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan médica diferente de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en la cobertura FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en la cobertura FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su cobertura. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la Sección 8.1 de este folleto).
  - - *o* - contacte a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separada de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

## SECCIÓN 5 Cambiar de planes

Si desea cambiar 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 2021.

### ¿Hay otros momentos del año en que pueda hacer el cambio?

En ciertas situaciones, los cambios también están permitidos en otros momentos del año. Por ejemplo, personas con Medicaid, aquellos que reciben "Beneficio adicional" para pagar sus

medicamentos, aquellos que tienen o están dejando la cobertura del empleador, y aquellos que se mudan fuera del área de servicio se les puede permitir hacer un cambio en otros momentos del año.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan médica de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

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

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP, en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la salud de Texas (HICAP, en inglés).

El Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud de Texas (HICAP) es una entidad independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan médico). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** a nivel local sobre seguros médicos a personas con Medicare. Los asesores del Programa de Asesoramiento y Defensa de Información de Salud de Texas (HICAP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar al Programa de asesoramiento y defensa de información de salud de Texas (HICAP) al 1-800-252-9240. Puede conocer más sobre el Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud de Texas (HICAP) visitando su sitio web ([www.tdi.texas.gov/consumer/hicap](http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap))

Para preguntas sobre sus beneficios de los Servicios de Salud y Humanos de Texas (Medicaid), comuníquese con Texas Health and Human Services (Medicaid) al 1-877-541-7905 o TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. o visite el sitio web en [www.yourtexasbenefits.com/Learn/Home](http://www.yourtexasbenefits.com/Learn/Home). Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene la cobertura de los Servicios de Salud y Humanos de Texas (Medicaid).

## **SECCIÓN 7      Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados**

Puede calificar para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **"Beneficio adicional" de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en 'Beneficio adicional', también llamada Subsidio por bajos ingresos. El Beneficio adicional paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y

coseguros. Debido a que califica, no tiene una brecha en la cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre el Beneficio adicional, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
  - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 7 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene programas llamados Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal para el VIH de Texas (SPAP, en inglés) y Programa de Atención Médica del Riñón de Texas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados en función de su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 6 de este folleto).
  - **Asistencia de gastos compartidos de recetas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia estatal y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y estado sin seguro/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también tienen cobertura con ADAP califican para la asistencia de gastos compartidos de medicamentos recetados a través del Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas (THMP) y el Programa de Cuidado de la Salud del Riñón. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos con cobertura o cómo inscribirse en el programa, para el Programa de medicamentos contra el VIH de Texas (THMP), llame al 1-800-255-1090 y el Programa de Cuidado de la Salud del Riñón, llame al 1-800-222-3986.

## SECCIÓN 8 ¿Preguntas?

### Sección 8.1 – Obtención de ayuda de FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-229-4969. (Solo para TTY, llame al 711.) Estamos disponibles para llamadas telefónicas del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m. todos los días; 1 de abril - 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m. CT (hora del centro), de lunes a viernes. Las llamadas a estos números son gratuitas.

## **Lea su *Evidencia de cobertura de 2021* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para más detalles, busque en la *Evidencia de cobertura de 2021* para FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios incluidos en la cobertura y medicamentos recetados. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en [firstcare.com/dualsnp](http://firstcare.com/dualsnp). También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [firstcare.com/dualsnp](http://firstcare.com/dualsnp). Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de prestadores (Directorio de prestadores) y nuestra lista de medicamentos con cobertura (Formulario/Lista de medicamentos).

---

## **Sección 8.2 – Obtención de ayuda de Medicare**

---

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

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

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes médicos de Medicare. Usted puede encontrar información sobre las coberturas disponibles en su área utilizando el Buscador de coberturas de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre las coberturas, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).)

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

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

---

## **Sección 8.3 – Obteniendo ayuda de Medicaid**

---

Para obtener información sobre Medicaid o su plan de atención administrada de Medicaid puedes llamar a Servicios de Salud y Humanos de Texas (Medicaid) al 1-877-541-7905. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.