

# Mutual of Omaha Rx

## | Plan Plus |

Mutual of Omaha Rx (PDP), ofrecido por Omaha Health Insurance Company  
(en California, ofrecido por Omaha Life and Health Insurance Company)

## Aviso Anual de Cambios para 2021

Actualmente, usted se encuentra inscrito como miembro del plan Value de **Mutual of Omaha Rx<sup>SM</sup>** (PDP). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa los cambios.*

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

---

### ¿Qué debe hacer ahora?

#### 1. PREGUNTE: ¿Qué cambios le corresponden?

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
  - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que cumplirá con sus necesidades el próximo año.
  - ¿Los cambios afectan algún servicio que utiliza?
  - Consulte las **Secciones 2.1, 2.2 y 2.3** para obtener información sobre los cambios en los beneficios y los costos de nuestro plan.
- Revise en el folleto los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.
  - ¿Sus medicamentos tendrán cobertura?
  - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con costos compartidos distintos?
  - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como la obligación de obtener nuestra aprobación antes de surtir la receta?
  - ¿Puede seguir acudiendo a las mismas farmacias? ¿Existen cambios de costos por acudir a estas farmacias?
  - Revise la Lista de Medicamentos para 2021 y consulte la **Sección 2.3** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

- Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Consulte a su médico sobre las alternativas de menor precio que podrían estar disponibles; es posible que le ayuden a reducir los costos directos de su bolsillo a lo largo del año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](http://go.medicare.gov/drugprices). Estos paneles señalan los proveedores que han aumentado los precios y también muestran otra información de comparación de los precios de medicamentos de un año al siguiente. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden variar los costos de sus medicamentos.

Piense en los costos de salud generales.

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

Piense si está conforme con nuestro plan.

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

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

- Utilice la función de búsqueda personalizada del Buscador de Planes de Medicare, en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).
- Revise la lista en el reverso de su manual *Medicare y Usted*.
- Consulte la **Sección 3.2** para obtener más información sobre sus opciones.

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

## 3. ELIJA: Decida si quiere cambiar de plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, se realizará la inscripción en el plan Plus de Mutual of Omaha Rx.
- Para pasar a un **plan diferente** que se ajuste mejor a sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, se realizará la inscripción en el plan Plus de Mutual of Omaha Rx.
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2021**. Su inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

## **Recursos Adicionales**

- Comuníquese con el Servicio al Cliente al número **1.855.864.6797** para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al **1.800.716.3231**). Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Este documento está disponible en braille, en letra grande y en otros formatos para personas con discapacidades. Comuníquese con el Servicio al Cliente a los números mencionados anteriormente si necesita información del plan en otro formato.

## **Sobre Mutual of Omaha Rx**

- Mutual of Omaha Rx (PDP) es un plan de medicamentos recetados que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan de Mutual of Omaha Rx depende de la renovación del contrato.
- Cuando, en este folleto, se dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a/os/as”, se hace referencia a Omaha Health Insurance Company (Omaha Life and Health Insurance Company, en California). Cuando se dice “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Mutual of Omaha Rx.

## Resumen de Costos Importantes para 2021

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2020 y 2021 del plan Plus de Mutual of Omaha Rx en distintas áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es únicamente un resumen de los cambios.** Puede obtener una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, **MutualofOmahaRx.com**. También puede llamar al Servicio al Cliente para pedirnos que enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b>	\$23.30	\$99.40
*Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la <b>Sección 2.1</b> para conocer los detalles.		
<b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare</b>  (Consulte la <b>Sección 2.3</b> para conocer los detalles).	Deducible: \$0 para medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 y \$435 para el resto de los medicamentos.	Deducible: \$445
	<b>Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</b>	<b>Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</b>
	<b>Medicamentos del Nivel 1 Medicamentos Genéricos Preferidos:</b>	<b>Medicamentos del Nivel 1 Medicamentos Genéricos Preferidos:</b>
	<i>Costo compartido estándar:</i> \$10 por receta	<i>Costo compartido estándar:</i> \$5 por receta
	<i>Costo compartido preferido:</i> \$0 por receta	<i>Costo compartido preferido:</i> \$0 por receta
	<b>Medicamentos del Nivel 2 Medicamentos Genéricos:</b>	<b>Medicamentos del Nivel 2 Medicamentos Genéricos:</b>
	<i>Costo compartido estándar:</i> \$15 por receta	<i>Costo compartido estándar:</i> \$8 por receta
	<i>Costo compartido preferido:</i> \$2 por receta	<i>Costo compartido preferido:</i> \$2 por receta
		(sigue al dorso)

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
	<p><b>Medicamentos del Nivel 3 Medicamentos de Marca Preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> \$30 por receta</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> \$25 por receta</p>	<p><b>Medicamentos del Nivel 3 Medicamentos de Marca Preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> 22 % del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> 20 % del costo total</p>
	<p><b>Medicamentos del Nivel 4 Medicamentos No Preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> 47 % del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> 45 % del costo total</p>	<p><b>Medicamentos del Nivel 4 Medicamentos No Preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> 38 % del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> 36 % del costo total</p>
	<p><b>Medicamentos del Nivel 5 Medicamentos Especializados:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> 25 % del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> 25 % del costo total</p>	<p><b>Medicamentos del Nivel 5 Medicamentos Especializados:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> 25 % del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> 25 % del costo total</p>

## ***Aviso Anual de Cambios para 2021*** **Índice**

<b>Resumen de Costos Importantes para 2021 .....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, en 2021 será inscrito de manera automática en el plan Plus de Mutual of Omaha Rx .....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 2 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año .....</b>	<b>4</b>
Sección 2.1: Cambios en la Prima Mensual .....	4
Sección 2.2: Cambios en la Red de Farmacias .....	5
Sección 2.3: Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D de Medicare .....	5
<b>SECCIÓN 3 Cómo Decidir Qué Plan Elegir .....</b>	<b>10</b>
Sección 3.1: Si Desea Permanecer en el Plan Plus de Mutual of Omaha Rx .....	10
Sección 3.2: Si Desea Cambiar de Plan .....	10
<b>SECCIÓN 4 Fecha Límite para el Cambio de Plan .....</b>	<b>11</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>12</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos Recetados .....</b>	<b>12</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Tiene alguna pregunta? .....</b>	<b>13</b>
Sección 7.1: Cómo Obtener Ayuda del Plan Plus de Mutual of Omaha Rx (PDP) .....	13
Sección 7.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare .....	13

## SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, en 2021 será inscrito de manera automática en el plan Plus de Mutual of Omaha Rx

El 1.º de enero de 2021, Omaha Health Insurance Company (en California, ofrecida por Omaha Life and Health Insurance Company) combinará el plan Value de Mutual of Omaha Rx con uno de nuestros planes, plan Plus de Mutual of Omaha Rx.

**Si usted no hace ningún cambio en su cobertura de Medicare antes del 7 de diciembre de 2020, automáticamente lo inscribiremos en nuestro plan Plus de Mutual of Omaha Rx.** Esto significa que a partir del 1.º de enero de 2021, usted recibirá su cobertura para medicamentos recetados a través del plan Plus de Mutual of Omaha Rx. Si lo desea, puede cambiarse a otro plan de medicamentos recetados de Medicare. También puede cambiarse a un plan de salud de Medicare. Si desea cambiar de plan, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir Ayuda Extra, tal vez pueda cambiar de plan en otro momento.

La información en este documento incluye las diferencias entre sus beneficios actuales del plan Value de Mutual of Omaha Rx y los beneficios que recibirá a partir del 1 de enero de 2021, como miembro del plan Plus de Mutual of Omaha Rx.

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

### Sección 2.1: Cambios en la Prima Mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual	\$23.30	\$99.40
<b>(También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).</b>		

- Su prima mensual del plan será mayor si debe pagar una multa por inscripción tardía de por vida en la Parte D de Medicare por haber pasado 63 días o más sin otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada “cobertura acreditable”).
- Si tiene un mayor ingreso, podría tener la obligación de pagar un monto mensual adicional directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda Extra” para los costos de sus medicamentos recetados. Consulte la **Sección 6** sobre la “Ayuda Extra” de Medicare.

---

## Sección 2.2: Cambios en la Red de Farmacias

---

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de su farmacia. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, las recetas están cubiertas *únicamente* si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, que le ofrece un costo compartido menor al costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red, para algunos medicamentos.

El próximo año, habrá cambios en nuestra red de farmacias. Encontrará un directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web, **MutualofOmahaRx.com**. También puede llamar al Servicio al Cliente para recibir información actualizada de proveedores o solicitar que le enviemos por correo un *Directorio de Farmacias*. **Revise el *Directorio de Farmacias para 2021 para ver qué farmacias están en su red.***

---

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

---

### Cambios en Nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de Medicamentos”. Se le brindará una copia de la Lista de Medicamentos digitalmente.

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

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

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

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



Si actualmente tiene una excepción al formulario para el año **2020** del plan documentada, es posible que deba presentar una nueva solicitud de excepción para el año **2021**. La carta de aprobación que recibió contiene una fecha de inicio y de finalización de la aprobación. Consulte esa carta para determinar si es necesario solicitar una nueva excepción.

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

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

### **Cambios en los Costos de los Medicamentos Recetados**

*Nota:* Si se encuentra en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Extra”), **es posible que la información acerca de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare no se aplique a usted.** Hemos incluido un anexo por separado, denominado *Anexo de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Extra para Pagar sus Medicamentos Recetados* (también denominado *Anexo sobre el Subsidio por Bajos Ingresos o Anexo LIS*), en el cual se le informa sobre los costos de los medicamentos. Si recibe “Ayuda Extra” y no recibió el anexo en este paquete, llame al Servicio al Cliente y solicite el “Anexo LIS”.

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

En la siguiente información se muestran los cambios que se implementarán el próximo año en las primeras dos etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de Falta de Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el **Capítulo 4, Secciones 6 y 7** de la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web, **MutualofOmahaRx.com**. También puede llamar al Servicio al Cliente para pedirnos que enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*).

## Cambios en la Etapa de 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 los medicamentos de la Parte D de Medicare hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$0 para medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 y \$435 para el resto de los medicamentos.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga lo siguiente para recibir un suministro de un mes (30 días):</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 1</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> \$10 por receta</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> \$0 por receta</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 2</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> \$15 por receta</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> \$2 por receta</p> <p>y el costo total de los medicamentos de los <b>Niveles 3, 4 y 5</b> hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$445.</p>

## Cambios en los Costos Compartidos para la Etapa de Cobertura Inicial

En el caso de los medicamentos del Nivel 3, sus costos compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial cambiarán de copago a coseguro. Consulte el siguiente cuadro para conocer los cambios de 2020 a 2021.

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

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b>                      Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte del costo que le corresponde por sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>En 2020, usted pagó un copago de \$30 para medicamentos del Nivel 3 en farmacias con costo compartido estándar y un copago de \$25 en farmacias con costo compartido preferido. En 2021, usted pagará un coseguro de 22 % en farmacias con costo compartido estándar y un coseguro de 20 % en farmacias con costo compartido preferido, para medicamentos de este nivel.</p> <p>Los costos en esta fila corresponden a un suministro de un mes (30 días), cuando usted surte la receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o para recetas de servicio por correo, consulte el <b>Capítulo 4, Sección 5</b> de la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel para algunos medicamentos de la Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en otro nivel, búselos en la Lista de Medicamentos.</p>	<p>Su costo para el suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 1                      Medicamentos Genéricos Preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$10 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga \$0 por receta.</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 2                      Medicamentos Genéricos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$15 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga \$2 por receta.</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 3                      Medicamentos de Marca Preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$30 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga \$25 por receta.</p>	<p>Su costo para el suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 1                      Medicamentos Genéricos Preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$5 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga \$0 por receta.</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 2                      Medicamentos Genéricos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$8 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga \$2 por receta.</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 3                      Medicamentos de Marca Preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga 22 % del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga 20 % del costo total.</p> <p>(sigue al dorso)</p>

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial (continuación)</b>	<b>Medicamentos del Nivel 4 Medicamentos No Preferidos:</b>	<b>Medicamentos del Nivel 4 Medicamentos No Preferidos:</b>
	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 47 % del costo total.	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 38 % del costo total.
	<i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 45 % del costo total.	<i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 36 % del costo total.
	<b>Medicamentos del Nivel 5 Medicamentos Especializados:</b>	<b>Medicamentos del Nivel 5 Medicamentos Especializados:</b>
	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 25 % del costo total.	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 25 % del costo total.
	<i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 25 % del costo total.	<i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 25 % del costo total.
<hr/> Cuando sus gastos totales en medicamentos lleguen a \$4,020, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Falta de Cobertura).	<hr/> Cuando sus gastos totales en medicamentos lleguen a \$4,130, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Falta de Cobertura).	

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

Las otras dos etapas de cobertura, la Etapa de Falta de Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica, se aplican a personas que toman medicamentos con costos elevados. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa de Falta de Cobertura o a la Etapa de Cobertura Catastrófica.**

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

## SECCIÓN 3 Cómo Decidir Qué Plan Elegir

### Sección 3.1: Si Desea Permanecer en el Plan Plus de Mutual of Omaha Rx

Si desea quedarse en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente antes del 7 de diciembre, automáticamente lo inscribiremos en nuestro plan Plus de Mutual of Omaha Rx.

### Sección 3.2: Si Desea Cambiar de Plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si desea realizar un cambio para el año 2021, siga estos pasos:

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

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

Para obtener más información sobre Medicare Original y los distintos tipos de planes de Medicare, puede leer *Medicare y Usted 2021*, llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (consulte la **Sección 5**) o llamar a Medicare (consulte la **Sección 7.2**).

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

Recuerde que Mutual of Omaha Rx ofrece otros planes de medicamentos recetados de Medicare. Estos planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

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

- Para **cambiarse a otro plan de medicamentos recetados de Medicare**, inscribáse en el nuevo plan. Su inscripción en el plan Plus de Mutual of Omaha Rx se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare**, inscribáse en el nuevo plan. Según el tipo de plan que haya elegido, su inscripción en el plan Plus de Mutual of Omaha Rx podría cancelarse automáticamente.
  - Su inscripción en el plan Plus de Mutual of Omaha Rx se cancelará automáticamente si se inscribe en cualquier plan de salud de Medicare que incluya la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. También se cancelará

automáticamente su inscripción si se une a Medicare HMO o Medicare PPO, incluso si ese plan no incluye la cobertura de medicamentos recetados.

- Si elige un plan de Tarifa por Servicio Privada sin la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare, un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare o un Plan de Costos de Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener el plan Plus de Mutual of Omaha Rx para su cobertura de medicamentos. Inscribirse en uno de estos tipos de planes no cancela automáticamente su inscripción en el plan Plus de Mutual of Omaha Rx. Si se inscribe en este tipo de planes y quiere abandonar nuestro plan, debe solicitar la cancelación de su inscripción en el plan Plus de Mutual of Omaha Rx. Para solicitar la cancelación, debe enviar una solicitud por escrito o comunicarse con Medicare al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048).
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer lo siguiente:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono figuran en la **Sección 7.1** de este folleto).
  - *O bien:* comunicarse con **Medicare** al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048.

## SECCIÓN 4 Fecha Límite para el Cambio de Plan

Si quiere cambiarse a otro plan de medicamentos recetados o a un plan de salud de Medicare para el próximo año, puede hacerlo entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2021.

### ¿Puedo hacer un cambio en otro momento del año?

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

## SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. Puede encontrar el nombre del SHIP en su estado en el **Apéndice** de la *Evidencia de Cobertura*.

El SHIP es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** local sobre los seguros de salud a personas con Medicare. Los asesores del SHIP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan. Puede comunicarse con el SHIP de su estado llamando a los números de teléfono que figuran en el listado de contactos del SHIP, en el **Apéndice** de la *Evidencia de Cobertura*.

## SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos Recetados

Es posible que califique para recibir ayuda para el pago de los medicamentos recetados. A continuación, mencionamos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Extra” de Medicare.** Las personas que tienen ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Extra” para el pago de los costos de medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los planes de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán Falta de Cobertura ni multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles, pero no lo saben. Para saber si califica, llame a alguno de los siguientes números:
  - Al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - A la Oficina del Seguro Social, al 1.800.772.1213, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.800.325.0778 (solicitudes). O bien,
  - A la Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** El Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica ayuda a algunas personas a pagar sus medicamentos recetados, dependiendo de su necesidad financiera, su edad o su afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con el Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en el **Apéndice** de la *Evidencia de Cobertura*).
- **Asistencia con el Costo Compartido de Medicamentos Recetados para Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos necesarios para el VIH. Las personas deben cumplir determinados criterios, que incluyen evidencia de que residen en el Estado y estadio de VIH, tener bajos ingresos, de acuerdo con lo definido por el Estado y ser personas no aseguradas o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también

tienen cobertura de ADAP califican para recibir asistencia con el costo compartido de los medicamentos a través del ADAP en su estado. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, comuníquese con el ADAP de su estado llamando a los números que figuran en el listado de contactos de ADAP, en el **Apéndice** de la *Evidencia de Cobertura*.

## **SECCIÓN 7 ¿Tiene alguna pregunta?**

### **Sección 7.1: Cómo Obtener Ayuda del Plan Plus de Mutual of Omaha Rx (PDP)**

¿Tiene alguna pregunta? Podemos ayudarle. Llame al Servicio al Cliente al **1.855.864.6797**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **1.800.716.3231**). Estamos disponibles para recibir llamadas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea la *Evidencia de Cobertura* para 2021 (tiene información detallada sobre los beneficios y los costos para el próximo año)**

Este *Aviso Anual de Cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* para 2021 de Mutual of Omaha Rx. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Puede obtener una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, **MutualofOmahaRx.com**. También puede llamar al Servicio al Cliente para pedirnos que enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

#### **Visite nuestro Sitio Web**

También puede visitar nuestro sitio web, **MutualofOmahaRx.com**. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de farmacias (directorio de farmacias) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

### **Sección 7.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare**

Para obtener información directamente de Medicare:

#### **Llame al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227)**

Puede llamar al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048.

#### **Visite el Sitio Web de Medicare**

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



**Lea *Medicare y Usted 2021***

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2021*. Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, además de respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene 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.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1.855.864.6797** (TTY: **1.800.716.3231**).

Express Scripts es el administrador de beneficios de farmacia para Mutual of Omaha Rx y proporcionará algunos servicios en nombre de Mutual of Omaha Rx.

La red de farmacias de Mutual of Omaha Rx incluye farmacias preferidas limitadas de costos bajos en áreas rurales de Alaska. Los costos más bajos publicitados en los materiales de nuestros planes para estas farmacias podrían no estar disponibles en su farmacia. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, incluso los datos sobre alguna farmacia preferida de costos más bajos en su área, llame al Servicio al Cliente al **1.855.864.6797**; los usuarios de TTY deben llamar al **1.800.716.3231** o consulte el directorio de farmacias en línea en **MutualofOmahaRx.com/2021network**.