



## | Plan Premier |

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 2022

Actualmente, usted se encuentra inscrito como miembro del Plan Premier 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 1.1., 1.2 y 1.3** 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 2022 y consulte la **Sección 1.3** para obtener información sobre 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](https://www.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace de “dashboards” (paneles) en el medio de la segunda Nota, hacia el final de la página. Estos paneles indican los proveedores que han aumentado los precios y también muestran más 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 atención médica 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](https://www.medicare.gov/plan-compare).
- Revise la lista en el reverso de su guía *Medicare y Usted 2022*.
- Consulte la Sección 2.2 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 2021, se renovará su inscripción en el plan Premier 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 2021

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre** de 2021, se renovará su inscripción en el plan Premier de Mutual of Omaha Rx.
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre** de 2021, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero** de 2022. Su inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

## Recursos Adicionales

- Para obtener más información, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al **1.855.864.6797** (los usuarios de TTY deben llamar al **1.800.716.3231**) durante las 24 horas, 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 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, 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 dice “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Mutual of Omaha Rx.

## Resumen de Costos Importantes para 2022

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2021 y 2022 del plan Premier 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 a Servicio al Cliente para pedirnos que enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b>	\$24.90	\$35.00
*Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la <b>Sección 1.1</b> para conocer los detalles.		
<b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b>  (Consulte la <b>Sección 1.3</b> para conocer los detalles).	Deducible: \$0 para medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 e Insulinas Selectas de Nivel 3; \$445 para el resto de los medicamentos  <b>Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</b>  <b>Medicamentos del Nivel 1 Medicamentos Genéricos Preferidos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> \$8 por receta  <i>Costo compartido preferido:</i> \$0 por receta  <b>Medicamentos del Nivel 2 Medicamentos Genéricos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> \$10 por receta  <i>Costo compartido preferido:</i> \$2 por receta	Deducible: \$0 para medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 e Insulinas Selectas de Nivel 3; \$480 para el resto de los medicamentos  <b>Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</b>  <b>Medicamentos del Nivel 1 Medicamentos Genéricos Preferidos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> \$7 por receta  <i>Costo compartido preferido:</i> \$0 por receta  <b>Medicamentos del Nivel 2 Medicamentos Genéricos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i> \$20 por receta  <i>Costo compartido preferido:</i> \$13 por receta
(sigue al dorso)		

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
	<p><b>Medicamentos del Nivel 3 Medicamentos de Marca Preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> el 25% del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> el 23% del costo total</p> <p>Costo compartido para Insulinas Selectas: <i>Costo compartido estándar:</i> \$25 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> el 25% del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> el 23% del costo total</p> <p>Costo compartido para Insulinas Selectas: <i>Costo compartido estándar:</i> \$35 por receta</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> \$25 por receta</p>
	<p><b>Medicamentos del Nivel 4 Medicamentos No Preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> el 46% del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> el 44% del costo total</p>	<p><b>Medicamentos del Nivel 4 Medicamentos No Preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> el 46% del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> el 44% del costo total</p>
	<p><b>Medicamentos del Nivel 5 Medicamentos Especializados:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> el 25% del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> el 25% del costo total</p>	<p><b>Medicamentos del Nivel 5 Medicamentos Especializados:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> el 25% del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> el 25% del costo total</p>

## ***Aviso Anual de Cambios para 2022***

### **Índice**

<b>Resumen de Costos Importantes para 2022 .....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año .....</b>	<b>7</b>
Sección 1.1 – Cambios en la Prima Mensual .....	7
Sección 1.2 – Cambios en la Red de Farmacias .....	7
Sección 1.3 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D de Medicare .....	8
<b>SECCIÓN 2 Cómo Decidir Qué Plan Elegir .....</b>	<b>12</b>
Sección 2.1 – Si Desea Permanecer en el Plan Premier de Mutual of Omaha Rx .....	12
Sección 2.2 – Si Desea Cambiar de Plan .....	12
<b>SECCIÓN 3 Fecha Límite para el Cambio de Plan .....</b>	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare. 13</b>	
<b>SECCIÓN 5 Programas que Ayudan a Pagar sus Medicamentos Recetados ....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 6 ¿Tiene Alguna Pregunta? .....</b>	<b>15</b>
Sección 6.1 – Cómo Obtener Ayuda del Plan Premier de Mutual of Omaha Rx .....	15
Sección 6.2 – Cómo Obtener Ayuda de Medicare .....	15

## SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año

### Sección 1.1: Cambios en la Prima Mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<b>Prima mensual</b>	\$24.90	\$35.00
<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 5** sobre la “Ayuda Extra” de Medicare.

### Sección 1.2: Cambios en la Red de Farmacias

Es posible que los montos que paga por sus medicamentos recetados dependan 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 pueden ofrecer un costo compartido menor que el costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Nuestra red ha cambiado más de lo habitual para el año 2022. Encontrará un directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web, [MutualofOmahaRx.com/2022network](https://MutualofOmahaRx.com/2022network). También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener la información actualizada de los proveedores o solicitarnos que le enviemos por correo un Directorio de Farmacias. **Le recomendamos enfáticamente que revise nuestro directorio de farmacias actual para ver si su farmacia sigue en nuestra red.**

---

## Sección 1.3: 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 en formato electrónico.

Hemos realizado algunos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, lo que incluye cambios en los medicamentos que cubrimos y 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, apelaciones o quejas relativas a la cobertura])* o llame a Servicio al Cliente.
- **Trabajar conjuntamente con su médico (o con otro médico prescriptor) para buscar un medicamento diferente** que sí tenga cobertura. Puede llamar a 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 la **Sección 5.2 del Capítulo 3** 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 documentada para el año del plan **2021**, es posible que deba presentar una nueva solicitud de excepción para el año **2022**. La carta de aprobación que recibió incluye 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 la **Sección 6 del Capítulo 3** 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 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. Como recibe “Ayuda Extra” y no recibió el anexo en este paquete, llame a 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 el monto que paga por un medicamento de la Parte D de Medicare. (Puede consultar la **Sección 2 del Capítulo 4**, 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 del Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: la Etapa de Falta de Cobertura o a la Etapa de Cobertura Catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las **Secciones 6 y 7 del Capítulo 4** de la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web, **MutualofOmahaRx.com**. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*).

**Cambios en la Etapa del Deducible**

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa Deducible Anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de los medicamentos de Nivel 3 (a excepción de las Insulinas Selectas), 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.</p> <p>No hay deducible para el plan Premier de Mutual of Omaha Rx para Insulinas Selectas. Usted paga \$25 u \$35 por un suministro de un mes de Insulinas Selectas.</p>	<p>El deducible es de \$0 para medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 e Insulinas Selectas de Nivel 3; \$445 para el resto de los medicamentos.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga Etapa 2: Costos compartidos de la Etapa de Cobertura Inicial (consulte la siguiente tabla) para los medicamentos en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos)</li> <li>● Nivel 2 (Medicamentos Genéricos) e</li> <li>● Insulinas Selectas de Nivel 3 (Medicamentos de Marca Preferidos), si usted no recibe “Ayuda Extra”</li> </ul>	<p>El deducible es de \$0 para medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 e Insulinas Selectas de Nivel 3; \$480 para el resto de los medicamentos.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga Etapa 2: Costos compartidos de la Etapa de Cobertura Inicial (consulte la siguiente tabla) para los medicamentos en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos)</li> <li>● Nivel 2 (Medicamentos Genéricos) e</li> <li>● Insulinas Selectas de Nivel 3 (Medicamentos de Marca Preferidos), si usted no recibe “Ayuda Extra”</li> </ul> <p style="text-align: right;">(sigue al dorso)</p>

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa Deducible Anual (continuación)</b></p>	<p>y el costo total de los medicamentos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nivel 3 (Medicamentos de Marca Preferidos) (a excepción de las Insulinas Selectas, si usted no recibe “Ayuda Extra”)</li> <li>● Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos) y</li> <li>● Nivel 5 (Medicamentos Especializados)</li> </ul> <p>hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>y el costo total de los medicamentos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nivel 3 (Medicamentos de Marca Preferidos) (a excepción de las Insulinas Selectas, si usted no recibe “Ayuda Extra”)</li> <li>● Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos) y</li> <li>● Nivel 5 (Medicamentos Especializados)</li> </ul> <p>hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

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

Consulte el siguiente cuadro para conocer los cambios de 2021 a 2022.

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

Etapa	2021 (este año)	2022 (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>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 pedido por correo, consulte la <b>Sección 5 del Capítulo 4</b> de la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</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 \$8 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 \$10 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$2 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 \$7 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 \$20 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$13 por receta.</p> <p style="text-align: right;">(sigue al dorso)</p>

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial (continuación)</b></p> <p>Usted paga \$25 u \$35 por Insulinas Selectas.</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><b>Medicamentos del Nivel 3 Medicamentos de Marca Preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 23% del costo total.</p> <p>Usted paga \$25 por Insulinas Selectas.</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 4 Medicamentos No Preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 46% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 44% del costo total.</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 5 Medicamentos Especializados:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 25% del costo total.</p> <hr/> <p>Cuando sus costos totales de los medicamentos lleguen a \$4,130, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Falta de Cobertura).</p>	<p><b>Medicamentos del Nivel 3 Medicamentos de Marca Preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 23% del costo total.</p> <p>Usted paga \$25 u \$35 por Insulinas Selectas.</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 4 Medicamentos No Preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 46% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 44% del costo total.</p> <p><b>Medicamentos del Nivel 5 Medicamentos Especializados:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 25% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 25% del costo total.</p> <hr/> <p>Cuando sus costos totales de los medicamentos lleguen a \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Falta de Cobertura).</p>

**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.** El plan Premier de Mutual of Omaha Rx ofrece una cobertura adicional para la Etapa de Falta de Cobertura para Insulinas Selectas. Durante la Etapa de Falta de Cobertura, los costos directos de su bolsillo para Insulinas Selectas serán de \$25 u \$35, por un suministro de un mes.

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

## SECCIÓN 2 Cómo Decidir Qué Plan Elegir

### Sección 2.1: Si Desea Permanecer en el Plan Premier 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 Premier de Mutual of Omaha Rx.

### Sección 2.2: Si Desea Cambiar de Plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si desea realizar un cambio para el año 2022, 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 la guía *Medicare y Usted 2022*, llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (consulte la **Sección 4**) o llamar a Medicare (consulte la **Sección 6.2**).

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**, inscribábase en el nuevo plan. Su inscripción en el plan Premier de Mutual of Omaha Rx se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare**, inscribábase en el nuevo plan. Según el tipo de plan que haya elegido, su inscripción en el plan Premier de Mutual of Omaha Rx podría cancelarse automáticamente.
  - Su inscripción en el plan Premier 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 Privado 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 Premier 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 Premier 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 Premier 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 Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono figuran en la **Sección 6.1** 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 3 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 de enero de 2022.

#### ¿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 la **Sección 2.2** del **Capítulo 8** de la *Evidencia de Cobertura*.

### SECCIÓN 4 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 ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo 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 5 Programas que Ayudan a Pagar sus Medicamentos Recetados

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar sus 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 del costo de sus medicamentos recetados, lo que incluye las primas mensuales 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).
  - 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 presentar evidencia de que residen en el estado y de la etapa de VIH, tener bajos ingresos, de acuerdo con lo definido por el estado, y no tener seguro o tener un 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 6 ¿Tiene Alguna Pregunta?

### Sección 6.1: Cómo Obtener Ayuda del Plan Premier de Mutual of Omaha Rx

¿Tiene alguna pregunta? Estamos disponibles para ayudar. Llame a 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 2022 (tiene información detallada sobre los beneficios y los costos para el próximo año)**

En este *Aviso Anual de Cambios* encontrará un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* para 2022 de Mutual of Omaha Rx. *La Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. En ella se explican sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Puede obtener una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, **MutualofOmahaRx.com**. También puede llamar a 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 (directorío de farmacias) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

### Sección 6.2: 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)). Este incluye información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo 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 2022***

Puede leer la guía *Medicare y Usted 2022*. 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 brindará algunos servicios en nombre de Mutual of Omaha Rx.

La red de farmacias de Mutual of Omaha Rx incluye una cantidad limitada de farmacias preferidas de menor costo 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 con costos más bajos en su área, llame a Servicio al Cliente al **1.855.864.6797**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1.800.716.3231**; o bien, consulte el directorio de farmacias en línea en **[MutualofOmahaRx.com/2022network](https://MutualofOmahaRx.com/2022network)**.