

CHRISTUS Health Plan Generations Plus (HMO) ofrecido por CHRISTUS Health Plan

Aviso Anual de Cambios para 2019

Actualmente, usted está inscrito como miembro de CHRISTUS Health Plan Generation Plus. El año que viene habrá algunos cambios de los costos y los beneficios de los planes. *Este folleto le informa acerca de los cambios.*

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Cuáles son los cambios que se aplican a su caso

- Consulte los cambios de nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que va a satisfacer sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.5 y 1.6 para obtener información sobre los cambios a los beneficios y costos de nuestro plan.
- Consulte los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si lo afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos se encuentran en otro nivel, con un costo compartido diferente?
 - ¿Los medicamentos que toma tienen nuevas restricciones, tales como solicitar nuestra aprobación antes de surtir su receta?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo al usar esta farmacia?
 - Consulte la Lista de Medicamentos del 2019 y busque en la Sección 1.6 la información sobre los cambios a nuestra cobertura de medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico acerca de alternativas menos costosas que estén disponibles para usted; de este modo, ahorrará durante todo el año en sus gastos de bolsillo anuales. Para obtener información adicional acerca de los precios de los medicamentos visite la página <https://go.medicare.gov/drugprices>. Encontrará tablas que resaltan a los fabricantes que han incrementado sus precios y que también le muestran otra información acerca del

precio de los medicamentos por año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán con exactitud cuánto pueden cambiar los costos de los medicamentos.

- Consulte si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte en la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
- Piense acerca de los costos generales de atención médica.
 - ¿A cuánto ascenderán sus gastos de bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que utiliza normalmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes ofrecidos en su área.
 - Usted puede encontrar información mediante la herramienta de búsqueda personalizada del Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”.
 - Consulte la lista al reverso del folleto *Medicare y Usted*.
 - Consulte en la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que haya encontrado una opción para un plan preferido, confirme sus costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ESCOJA: Decida si quiere cambiar su plan.

- Si desea **permanecer** con CHRISTUS Health Plan Generations Plus, usted no tiene que hacer nada. Usted se quedará en CHRISTUS Health Plan Generations Plus.
- Para cambiarse a un **plan diferente**, que satisfaga mejor sus necesidades, puede cambiarse de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, debe inscribirse entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre 07 de 2018**.

- Si para el **7 de diciembre de 2018, usted no ha cambiado de plan**, permanecerá en CHRISTUS Health Plan Generations Plus.

- Si para el **7 de diciembre de 2018, usted ya ha cambiado de plan**, su nueva cobertura empezará el 1 de enero de 2019.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible gratis en español.
- Si desea información adicional, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-844-282-3026. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes.
- Este documento está disponible en otros formatos como Braille, letra grande y audio.
- **La cobertura bajo este plan califica como Cobertura Calificada (Qualifying Health Coverage, en inglés)** y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de las Leyes de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS, en inglés) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para encontrar más información.

Acerca de CHRISTUS Health Plan Generations Plus

- CHRISTUS Health Plan Generations Plus es una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, en inglés) con un contrato de Medicare. La inscripción en CHRISTUS Health Plan Generations Plus depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, "nos" o “nuestro”, significa CHRISTUS Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa CHRISTUS Health Plan Generations Plus.

H1189_MM393_M Aprobado 10/04/2018

Resumen de costos importantes para 2019

La siguiente tabla compara los costos de 2018 y 2019 para CHRISTUS Health Plan Generations Plus en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios. Es importante que lea el resto de este *Aviso Anual de Cambios* y revise la *Evidencia de Cobertura* adjunta para ver si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan.**

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima podría ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$40	\$40
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles.)	\$3,900	\$4,400
Visitas al consultorio del médico	Consultas con el médico de atención primaria: \$0 por consulta Consultas con especialistas: \$35 por consulta	Consultas con el médico de atención primaria: \$0 por consulta Consultas con especialistas: \$25 por consulta

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Estadías de pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye servicios hospitalarios agudos, de rehabilitación para paciente hospitalizado, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. Atención de hospitalización comienza el día que ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. El día antes de que reciba el alta es su último día de hospitalización.</p>	<p>Días 1 al 5: \$275 por día Días 6 al 90: \$0</p>	<p>Días 1 al 5: \$275 por día Días 6 al 90: \$0</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$150 para los niveles 3, 4 y 5</p> <p>Copagos/Coseguros según se aplique durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: Copago de \$4 • Nivel 2 de medicamentos: Copago de \$10 • Nivel 3 de medicamentos: Copago de \$35 • Nivel 4 de medicamentos: Copago de \$90 • Nivel 5 de medicamentos: Coseguro de 29%. 	<p>Deducible: \$150 para los niveles 4 y 5</p> <p>Copagos/Coseguros según se aplique durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: Copago de \$4 • Nivel 2 de medicamentos: Copago de \$10 • Nivel 3 de medicamentos: Copago de \$35 • Nivel 4 de medicamentos: Copago de \$90 • Nivel 5 de medicamentos: Coseguro de 29%.

Aviso Anual de Cambios para 2019

Índice

Resumen de costos importantes para 2019 Error! Bookmark not defined.

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo añoError! Bookmark not defined.

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual**Error! Bookmark not defined.**

Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima de gastos de bolsillo**Error! Bookmark not defined.**

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....**Error! Bookmark not defined.**

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....**Error! Bookmark not defined.**

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos**Error! Bookmark not defined.**

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D 9

SECCIÓN 2 Cambios administrativos **15**

SECCIÓN 3 Cómo elegir un plan **14**

Sección 3.1 – Si desea permanecer en CHRISTUS Health Plan Generations Plus 14

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan 14

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan **15**

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare Error! Bookmark not defined.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados **16**

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? Error! Bookmark not defined.

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de CHRISTUS Health Plan Generations 18

Section 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare 18

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual (Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$40	\$40

- Su prima mensual del plan será *mayor* si usted tiene que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida para seguir sin otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) por 63 días o más.
- Si tiene ingresos altos, es posible que tenga que pagar directamente al gobierno un importe adicional cada mes para su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe "Ayuda Adicional" con sus costos de medicamentos recetados.

Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima de gastos de bolsillo

Para su protección, Medicare requiere que todos los planes de salud limiten la cantidad de gastos de bolsillo que usted paga durante el año. Este límite se denomina “cantidad máxima de gastos de bolsillo para servicios médicos”. Una vez que alcanza esta cantidad, por lo general no paga nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos), se toman en cuenta para la cantidad máxima de gastos de bolsillo. Su prima del plan y sus costos de medicamentos de receta no cuentan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo.	\$3,900	\$4,400 Una vez que haya pagado \$4,400 de gastos de bolsillo por servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos para el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Puede encontrar un Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitar que le enviemos un Directorio de Proveedores y Farmacias por correo. **Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2019 para saber si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos, y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay varias razones por las que su proveedor podría dejar el plan, pero si su médico o especialista de hecho deja el plan, tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le suministremos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Siempre que sea posible, le avisaremos con al menos 30 días de anticipación que su proveedor va a abandonar nuestro plan, para que tenga tiempo de seleccionar otro proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si usted está bajo tratamiento médico, tiene el derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo. Trabajaremos con usted para lograrlo.
- Si usted piensa que no le hemos suministrado un proveedor calificado que reemplace a su proveedor anterior o que su atención no se está manejando adecuadamente, tiene el derecho de presentar una apelación de nuestra decisión.

- Si se entera que su médico o especialista va a dejar su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un proveedor que administre su cuidado.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tiene una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas se cubren *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Puede encontrar un Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado en nuestro sitio web en www.christushealthplan.org. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitar que le enviemos un Directorio de Proveedores y Farmacias por correo. **Por favor consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2019 para averiguar cuáles son las farmacias participantes de nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos para servicios médicos

Cambiaremos nuestra cobertura de determinados servicios médicos el próximo año. La información a continuación describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en la *Evidencia de Cobertura de 2019*.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Acupuntura y otras terapias alternativas</p>	<p>Debe hacer un copago de \$45 por visitas para acupuntura.</p> <p>Las terapias alternativas <u>no</u> están cubiertas.</p>	<p>Debe hacer un copago de \$45 para hasta 4 visitas por año para terapia de masaje y acupuntura.</p> <p>El beneficio de las 4 visitas está disponible a través de CHRISTUS St. Vincent Holistic Health & Wellness Center, con un copago de \$0.</p> <p>Para encontrar más información, visite la página www.christushealth.org/st-vincent/locations-directions/holistic-health-and-wellness.</p>
<p>Servicios cardíacos</p> <p>Servicios de terapia de ejercicios supervisada para enfermedad arterial periférica sintomática</p>	<p>La terapia de ejercicios supervisada (SET) <u>no</u> está cubierta.</p>	<p>Debe hacer un copago de \$10 por consulta para terapia de ejercicio supervisada (SET, en inglés).</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Servicios dentales</p> <p>Servicios dentales cubiertos por Medicare</p>	<p>Debe hacer un copago de \$35 por servicios cubiertos de Medicare.</p>	<p>Debe hacer un copago de \$25 por servicios cubiertos de Medicare.</p>
<p><u>Servicios dentales – Preventivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes orales (1 examen cada año) • Limpiezas (1 consulta cada 6 meses) • Tratamiento con flúor (1 visita cada 6 meses) • Radiografías (1 visita cada 2 años) 	<p>Debe hacer un copago de \$30 por servicio.</p>	<p>Debe hacer un copago de \$5 por servicio.</p>
<p><u>Servicios dentales – Integrales</u></p> <p>Incluye atención no de rutina, diagnóstico, restauraciones, endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otras cirugías orales/maxilofaciales y otros servicios</p>	<p>Los servicios dentales integrales <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Debe hacer un copago de \$20 por servicio. El máximo del beneficio de asignación es \$1,000.</p>
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Consultas con el médico de atención primaria: Debe hacer un copago de \$0 por consulta.</p> <p>Consultas con especialistas: Debe hacer un copago de \$35 por consulta.</p>	<p>Consultas con el médico de atención primaria: Debe hacer un copago de \$0 por consulta.</p> <p>Consultas con especialistas: Debe hacer un copago de \$25 por consulta.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <p>Beneficio de acondicionamiento físico</p>	<p>El beneficio de acondicionamiento físico <u>no</u> está cubierto.</p>	<p>Proporciona acceso a programas calificados de acondicionamiento físico. Usted recibirá una asignación mensual de \$20, que se reembolsa trimestralmente.</p>
<p>Servicios auditivos</p> <p><u>Examen de la audición – Cubierto por Medicare</u> Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio.</p> <p><u>Dispositivos auditivos</u></p>	<p>Debe hacer un copago de \$35 para el examen de audición cubierto por Medicare.</p> <p>Los dispositivos auditivos <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Debe hacer un copago de \$25 para el examen de audición cubierto por Medicare.</p> <p>Usted hace un copago de \$395, \$495 o \$695. El miembro debe comprar los dispositivos auditivos seleccionados del fabricante seleccionado de Amplifon. El copago está basado en el fabricante, el producto y el estilo seleccionado.</p> <p>No está cubierto fuera de la red.</p>
<p>Servicios para pacientes ambulatorios</p> <p>Procedimientos y exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios</p>	<p>Debe hacer un copago de \$300 por servicio.</p>	<p>Debe pagar un copago de \$150 por consulta.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Productos de venta libre	Asignación de \$100 cada tres meses.	Asignación de \$100 cada tres meses. La terapia de reemplazo de nicotina (NRT, en inglés) no se ofrece como parte del beneficio de productos de venta libre.
Servicios de podología		
Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón en el talón).	Debe hacer un copago de \$35 por servicios de podología cubiertos de Medicare.	Debe hacer un copago de \$25 por servicios de podología cubiertos de Medicare.
Servicios para la vista		
Examen ocular cubierto por Medicare (Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos).	Debe hacer un copago de \$35 por examen ocular cubierto de Medicare.	Debe hacer un copago de \$25 por examen ocular cubierto de Medicare una vez al año.
Examen ocular de rutina	Debe hacer un copago de \$0 por examen ocular de rutina.	Debe pagar un copago de \$0 por examen ocular de rutina una vez al año.
Transporte de emergencia a nivel mundial	Debe hacer un copago de \$65.	Debe hacer un copago de \$110.
	Exento de copago si es hospitalizado.	Exento de copago si es hospitalizado.

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios a nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos se llama Formulario o “Lista de Medicamentos”. En este sobre hay una copia de nuestra Lista de Medicamentos. La Lista de Medicamentos que proporcionamos en este sobre incluye muchos, pero no todos, de los medicamentos que cubriremos el próximo año. Si no encuentra su medicamento en la lista, es posible que aún esté

cubierto. **Usted puede obtener una Lista de Medicamentos *completa*** llamando a Servicio al Cliente (consulte la contraportada) o visite nuestro sitio web (www.christushealthplan.org).

Hemos cambiado nuestra Lista de Medicamentos, incluyendo cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

Si le afecta algún cambio de la cobertura de medicamentos, puede:

- **Trabajar con su médico (u otro proveedor autorizado para recetar) y pedirle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Animamos a los miembros actuales** a que soliciten una excepción antes del próximo año.
 - Para conocer lo que debe hacer para pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a Servicio al Cliente.
- **Trabaje con su médico (u otro proveedor autorizado para recetar) para encontrar un medicamento distinto** que cubrimos. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro provisional de un medicamento que no está en el Formulario en los primeros 90 días de cobertura del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar una interrupción en la terapia. (Para averiguar más sobre cuándo puede obtener un suministro provisional y cómo pedirlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de Cobertura*). Durante el tiempo cuando reciba el suministro provisional del medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se acabe el suministro provisional. Puede cambiar a otro medicamento cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción en su caso y cubra su medicamento actual.

Si actualmente usted cuenta con la aprobación de una excepción al formulario, consulte su carta de aprobación para verificar la fecha de expiración de su excepción al formulario. Si su excepción al formulario expira en 2018, usted tendrá que presentar una nueva solicitud de excepción al formulario para su revisión.

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

A partir del 2019, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamento si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un medicamento genérico nuevo en el mismo nivel o a un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agregamos un medicamento genérico nuevo, podemos decidir conservar el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero cambiarlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Esto significa que si está tomando un medicamento de marca que va a ser reemplazado por un genérico nuevo (o cambia el nivel o las restricciones del medicamento de marca), usted ya no recibirá siempre aviso del cambio con 60 días de antelación antes de que hagamos el cambio u obtendrá un nuevo surtido para 60 días de su

medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, usted aún recibirá la información acerca del cambio específico que hicimos, pero puede recibirla después de que se haga el cambio.

Además, a partir del 2019, antes de hacer otros cambios en nuestra Lista de Medicamentos durante el año que nos exigen proporcionarle un aviso con antelación si usted está tomando un medicamento, recibirá un aviso con 30 días de antelación, en lugar de 60 días, antes de hacer el cambio. O también le daremos un nuevo surtido para 31 días, en lugar de un suministro de 60 días, de su medicamento en una farmacia de la red.

Cuando hacemos estos cambios en la Lista de Medicamentos durante el año, usted todavía puede hablar con su médico (u otro proveedor autorizado para recetar) y solicitarnos una excepción para cubrir un medicamento. También continuaremos actualizando la Lista de Medicamentos en línea según lo programado y le proporcionaremos otra información que refleje los cambios en los medicamentos. (Para conocer más acerca de los cambios que podemos hacer a la Lista de Medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si usted se encuentra en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de Parte D no se aplique a su caso.** Hemos incluido una circular por separado, que se denomina “Cláusula adicional de Evidencia de cobertura para las personas que reciban Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también llamada la “Cláusula adicional de subsidio de ingresos bajos” o la “Cláusula adicional LIS”), que le explica su cobertura de medicamentos. Si usted recibe “Ayuda Adicional” y para el 1 de octubre de 2018 no recibió esta circular con este paquete, llame a Servicio al Cliente y pida la “Cláusula adicional LIS”. En la Sección 7.1 de este folleto encontrará los números de teléfono para Servicio al Cliente.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Cuánto paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentra. (Puede ver la Sección 2 del Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información muestra los cambios a las primera dos etapas para el próximo año – 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 Intervalo de Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura* que se adjunta).

Cambios a la Etapa del Deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de medicamentos del nivel 4 y del nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$150</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$4 y \$10 de costo compartido por medicamentos del nivel 1 y del nivel 2 y el costo completo de medicamentos del nivel 3, el nivel 4 y el nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$150.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$4, \$10 y \$35 de costo compartido por medicamentos del nivel 1, el nivel 2 y el nivel 3 y paga el costo completo de los medicamentos del nivel 4 y el nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>

Cambios a su Distribución de costos en la Etapa de Cobertura Inicial

Para conocer cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del capítulo 6, *Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente tendrá que pagar por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de Cobertura.*

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</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 usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos de esta fila son para un suministro de un mes (31 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red con distribución de costos estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro de largo plazo o para las recetas de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de Medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con distribución de costos estándar:</p> <p>Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos): Usted paga \$4 por receta.</p> <p>Nivel 2 (Medicamentos genéricos): Usted paga \$10 por receta.</p> <p>Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos): Usted paga \$35 por receta.</p> <p>Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferidos): Usted paga \$90 por receta.</p> <p>Nivel 5 (Medicamentos de Especialidad): Usted paga el 29% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$3,750, pasará a la próxima etapa (la Etapa de Intervalo de Cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con distribución de costos estándar:</p> <p>Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos): Usted paga \$4 por receta.</p> <p>Nivel 2 (Medicamentos genéricos): Usted paga \$10 por receta.</p> <p>Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos): Usted paga \$35 por receta.</p> <p>Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferidos): Usted paga \$90 por receta.</p> <p>Nivel 5 (Medicamentos de Especialidad): Usted paga el 29% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$3,820, pasará a la próxima etapa (la Etapa de Intervalo de Cobertura).</p>

Cambios a la Etapa de Intervalo de Cobertura y a la Etapa de Cobertura Catastrófica

Hay otras dos etapas de cobertura – la Etapa de Intervalo de Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica – son para las personas con costos elevados de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa de Intervalo de Cobertura ni la Etapa de Cobertura**

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

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

A partir del 2019, cambiaremos las maneras en las que usted puede enviarnos una apelación estándar. Las apelaciones estándar deben presentarse por escrito. Para conocer más acerca de las apelaciones estándar y el cambio en nuestro proceso, revise la Sección 5.3 del Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura*.

Apelaciones	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Evidencia de Cobertura, Capítulo 9, Sección 5.3, Paso 1, segunda viñeta relacionada con la presentación de una reconsideración (apelación)	Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar enviando su solicitud por escrito. También puede solicitar una apelación	Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar enviando su solicitud por escrito.
Evidencia de Cobertura, Capítulo 9, Sección 6.5, Paso 1, segunda viñeta relacionada con la presentación de una reconsideración (apelación)	llamándonos al número de teléfono que aparece en dicha sección.	

SECCIÓN 3 Cómo elegir un plan

Sección 3.1 – Si desea permanecer en CHRISTUS Health Plan Generations Plus

No debe hacer nada para permanecer en nuestro plan. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, usted quedará inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para el 2019.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar para el 2019, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Usted puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare,
- *O --* puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los distintos tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2019*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Además, puede encontrar información acerca de los planes en su área mediante el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y medicamentos”. **Aquí podrá encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

Recuerde que CHRISTUS Health Plan ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y las cantidades de la distribución de costos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiar a **otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se le dará de baja automáticamente de CHRISTUS Health Plan Generations Plus.
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se le dará de baja automáticamente de CHRISTUS Health Plan Generations Plus.
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, usted puede:
 - Enviarnos una solicitud de baja por escrito. Comuníquese con Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en Sección 7.1 de este folleto).
 - *– o –* puede 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 baja. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 enero de 2019.

¿Se pueden hacer cambios en otra fecha?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras fechas. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las personas que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos y las personas que se mudan fuera del área de servicio pueden realizar cambios en otras épocas del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de Cobertura*.

Nota: Si usted está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan.

Si para el 1 de enero de 2019, usted está inscrito en un plan Medicare Advantage y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En New Mexico, el programa SHIP se llama Departamento de Servicios para Ancianos y a Largo Plazo.

El Departamento de Servicios para Ancianos y a Largo Plazo en New Mexico es independiente (no tiene relación con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para proporcionar asesoramiento **gratuito** de seguros de salud locales a las personas con Medicare. Los asesores del Departamento de Servicios para Ancianos y a Largo Plazo de New Mexico pueden ayudarle con sus problemas o preguntas acerca de Medicare. Lo pueden ayudar a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca del cambio de plan de salud. Puede llamar al Departamento de Servicios para Ancianos y a Largo Plazo de New Mexico al 1-800-432-2080 o 505 476 4799.

Puede encontrar más información acerca del El Departamento de Servicios para Ancianos y a Largo Plazo de New Mexico visitando su sitio web (www.nmaging.state.nm.us).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted puede ser elegible para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación enumeramos distintos tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegible para recibir “Ayuda Adicional” a fin de pagar los costos de los medicamentos recetados. Si usted es elegible, Medicare podría pagar hasta 75% o más de los costos de sus medicamentos, que incluye primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Por otra parte, las personas elegibles no tendrán un período sin cobertura ni deberán pagar una multa por inscripción tardía. Muchas personas no saben que son elegibles. Para saber si es elegible llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD 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, 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
 - Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAP, en inglés) de su estado.** New Mexico tiene un programa llamado Programa de Tarjeta de Medicamentos que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos recetados según sus necesidades financieras, la edad o la afección médica. Para obtener más información acerca de este programa, consulte a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 3 del Capítulo 2 de su *Evidencia de Cobertura*).
- **Asistencia con la distribución de costos para los medicamentos recetados para Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia con los medicamentos para el SIDA (ADAP, en inglés) ayuda a garantizar que las personas elegibles para este programa que viven con VIH/SIDA, tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la prueba de que residen en el estado y su estatus del VIH, bajos ingresos según lo define el estado y estatus de estar sin seguro/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el programa ADAP califican para asistencia con la distribución para los medicamentos recetados a través del Programa de Tarjeta de Medicamentos de New Mexico. Para información sobre el criterio de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-726-4232

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de CHRISTUS Health Plan Generations

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicio al Cliente al 1-844-282-3026 (711 solo para usuarios de TTY). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de Marzo. Desde el 1 de abril hasta 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes. Las llamadas a este número son gratis.

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2019* (contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* le entrega un resumen de los cambios en sus beneficios y costos de 2019. Para obtener detalles, consulte en la *Evidencia de Cobertura de 2019* para CHRISTUS Health Plan Generations Plus. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Le explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. En este sobre se incluye una copia de la *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web www.christushealthplan.org. Recuerde que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores y Farmacias) y nuestro listado de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para recibir 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

Usted puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Usted puede encontrar información acerca de los planes disponibles en su área mediante el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información acerca de los planes, ingrese a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Encontrar planes de salud y de medicamentos”).

Lea *Medicare y Usted 2019*

Puede leer el folleto *Medicare y Usted 2019*. Este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare todos los años en otoño. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y respuestas a las preguntas más frecuentes que se hacen sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://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.