



SeniorCare Advantage Basic (PPO) ofrecido por Scott and White Health Plan

Aviso anual de cambios para 2019

En la actualidad, está inscrito como miembro de SeniorCare Advantage (PPO). Se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 2.1 y 2.5 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique en el folleto los cambios en nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Los medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido distinto?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos para 2019 y consulte la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Consulte con su médico sobre alternativas menos costosas que puedan estar disponibles para usted; esto puede ayudarle a ahorrar en costos anuales de su bolsillo durante el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos tableros destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información sobre los precios de los medicamentos de un año a otro. Recuerde que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Se encuentran sus médicos en nuestra red?
 - ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 2.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- Piense acerca de los costos de atención de la salud generales.
 - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Utilice la función de búsqueda personalizada en el Buscador de Planes de Medicare disponible en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).
 - Revise la lista en la portada posterior del manual Medicare & You (Medicare y usted).
 - Consulte la Sección 4.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.
- Una vez que limita su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si desea **conservar** SeniorCare Advantage Basic (PPO), no es necesario que haga nada. Permanecerá en SeniorCare Advantage Basic (PPO).
- Para cambiar a un **plan diferente** que podría satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta 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 2018**

- Si **no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, permanecerá en SeniorCare Advantage Basic (PPO).
- Si **se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2019.

Recursos adicionales

- Este documento se encuentra disponible de manera gratuita en inglés.
- Para obtener más información, comuníquese con nuestro Servicio al cliente al 1-866-334-3141. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

- Esta información también está disponible en distintos formatos, (por ej., en tamaño de letra grande).
- **La cobertura de este plan califica como cobertura médica calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de SeniorCare Advantage Basic (PPO)

- SeniorCare Advantage PPO es ofrecido por Scott and White Health Plan a través de su subsidiaria, Insurance Company of Scott and White, una organización Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro” hace referencia a Scott and White Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a SeniorCare Advantage Basic (PPO).

Aviso anual de cambios para 2019**Resumen de costos importantes para 2019**

La siguiente tabla compara los costos de 2018 y 2019 para SeniorCare Advantage Basic (PPO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este Aviso anual de cambios para 2019** y revisar la *Evidencia de cobertura* para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan a usted.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener más detalles.	\$43	\$43
Montos máximos que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles).	De proveedores de la red: \$6,200 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$10,000	De proveedores de la red: \$6,200 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$10,000
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: Dentro de la red: Copago de \$0 por consulta. Fuera de la red: Coseguro del 35% por consulta Consultas a especialistas: Dentro de la red: Copago de \$40 por consulta. Fuera de la red: Coseguro del 35% por consulta	Consultas de atención primaria: Dentro de la red: Copago de \$0 por consulta. Fuera de la red: Coseguro del 35% por consulta Consultas a especialistas: Dentro de la red: Copago de \$40 por consulta. Fuera de la red: Coseguro del 35% por consulta

Aviso anual de cambios para 2019

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente es admitido en el hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p>	<p>Máximo que paga de su bolsillo por cuidados agudos de \$1,750 Dentro de la red: Copago de \$350 por día para los días 1 a 5 y copago de \$0 por día para los días 6 a 90 para la atención hospitalaria cubierta por Medicare. Fuera de la red: Coseguro del 35% por día para los días 1 a 5 y coseguro del 35% por día para los días 6 a 90 por consulta.</p>	<p>Máximo que paga de su bolsillo por cuidados agudos de \$1,750 Dentro de la red: copago de \$350 por día durante los días 1 a 5, y un copago de \$0 por día para los días 6 a 90 para atención hospitalaria cubierta por Medicare. Fuera de la red: Coseguro del 35% por día para los días 1 a 5 y coseguro del 35% por día para los días 6 a 90 por consulta.</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$300 para sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos de Nivel 1: \$4 Medicamentos de Nivel 2: \$14 Medicamentos de Nivel 3: \$47 Medicamentos de Nivel 4: \$99 Medicamentos de Nivel 5: 27%</p>	<p>Deducible: \$250 para sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos de Nivel 1: \$3 Medicamentos de Nivel 2: \$14 Medicamentos de Nivel 3: \$47 Medicamentos de Nivel 4: \$99 Medicamentos de Nivel 5: 28%</p>

Aviso anual de cambios para 2019

Índice

Resumen de costos importantes para 2019	4
SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan	7
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 2.1 Cambios en la prima mensual	7
Sección 2.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	8
Sección 2.3 Cambios en la red de proveedores	8
Sección 2.4 Cambios en la red de farmacias	9
Sección 2.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	9
Sección 2.6 Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	11
SECCIÓN 3 Cambios administrativos	15
SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir	16
Sección 4.1 Si desea seguir inscrito en SeniorCare Advantage Basic (PPO)	16
Sección 4.2 Si desea cambiar de plan	16
SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan	17
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	17
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	17
SECCIÓN 8 Preguntas	18
Sección 8.1 Cómo recibir ayuda de SeniorCare Advantage Basic (PPO)	18
Sección 8.2 Cómo recibir ayuda de Medicare	19

Aviso anual de cambios para 2019**SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan**

El 1 de enero de 2019, el nombre de nuestro plan cambiará de SeniorCare Advantage (PPO) a SeniorCare Advantage Basic (PPO). Recibirá una tarjeta de identificación nueva; sin embargo, este cambio de nombre no lo afectará de ninguna manera.

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año**Sección 2.1 Cambios en la prima mensual**

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$43	\$43

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta.

Aviso anual de cambios para 2019**Sección 2.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo**

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

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores dentro de la red se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$6,200	\$6,200 Una vez que haya pagado \$6,200 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red durante el resto del año calendario.
Monto máximo que paga de su bolsillo combinado Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos y los deducibles) de proveedores dentro y fuera de la red se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado. La prima del plan no se considera para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$10,000	\$10,000 Una vez que haya pagado \$10,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores dentro o fuera de la red durante el resto del año calendario.

Sección 2.3 Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web advantage.swhp.org, se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar al Servicio al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2019 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

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

Aviso anual de cambios para 2019

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 2.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web advantage.swhp.org, se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar al Servicio al cliente para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2019 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

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

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2019*.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Deducible	El deducible fuera de la red se aplicaba a servicios no cubiertos por Medicare.	El deducible fuera de la red se aplica a servicios cubiertos por Medicare.

Aviso anual de cambios para 2019

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Atención de emergencia - Costo compartido dentro de la red de servicios	Usted paga un copago de \$80 por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$90 por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios auditivos - Exámenes auditivos de rutina adicionales - Costo compartido dentro de la red	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$40.
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios - Servicios de observación para pacientes ambulatorios - Costo compartido dentro de la red	Usted paga un copago de \$350 o un coseguro del 20% según el servicio cubierto por Medicare.	El copago de \$350 se aplica a todos los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. Un coseguro del 20% se aplicará a los servicios de transfusión y a los servicios que reciba durante el cuidado de observación.
Cuidado de la vista - Anteojos de rutina adicionales - Lentes de contacto - Periodicidad	Limitado a 1 caja de lentes de contacto por año.	Limitado a 12 cajas de lentes de contacto por año.

Sección 2.6 Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos de manera electrónica.

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

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

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento.
 - Si desea obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) de su *Evidencia de Cobertura* o llame al Servicio al cliente.
- **Consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar al Servicio al cliente y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. Para 2019, los miembros de los centros de cuidado a largo plazo (LTC) recibirán ahora un suministro temporal que es la misma cantidad de días provisionales que se proporciona en todos los demás casos: 30 días de suministro de medicamentos en lugar de la cantidad provista en 2018 (93 días de suministro de medicamentos). (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

Las excepciones actuales al Formulario pueden vencer al final del año del contrato. Si usted todavía necesita una excepción al Formulario, debe hablar con su médico y pedirle una excepción para el próximo año.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el principio de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. A partir de 2019, inmediatamente podemos eliminar de nuestra Lista de medicamentos un medicamento de marca si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o en uno menor y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas

Aviso anual de cambios para 2019

restricciones. Esto significa que si está tomando un medicamento de marca que es sustituido por el nuevo medicamento genérico (o cambia el nivel o la restricción del medicamento de marca), ya no recibirá siempre el aviso del cambio 60 días antes de que lo hagamos ni le proporcionaremos una repetición del surtido para 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, igualmente recibirá información sobre el cambio específico que hemos realizado, pero puede llegar después de que se realice el cambio.

Además, a partir de 2019, antes de que durante el año realicemos otros cambios en nuestra Lista de medicamentos que requieren que le avisemos a usted con anticipación si está tomando un medicamento, le enviaremos un aviso de 30 días (en lugar de 60 días) antes de que hagamos el cambio. O podemos proporcionarle una repetición del surtido para 30 días (en lugar de 60 días) de su medicamento de marca en una farmacia de la red.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (o con otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Hemos incluido un inserto separado que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos para sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió este inserto con este paquete, llame al Servicio al cliente y solicite la “Cláusula adicional LIS”. En la Sección 8.1 de este folleto encontrará los números de teléfono del Servicio al cliente.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. La cantidad que pague por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentre. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas). La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*).

Aviso anual de cambios para 2019**Cambios en la Etapa del deducible**

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.	El monto deducible es de \$300. Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$4 para los medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos y un costo compartido de \$14 para los medicamentos de Nivel 2: medicamentos genéricos y el costo total de los medicamentos de Nivel 3: medicamentos de marca preferidos, Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos y Nivel 5: medicamentos especializados hasta que haya alcanzado el deducible anual.	El monto deducible es de \$250. Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$3 para los medicamentos de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos y un costo compartido de \$14 para los medicamentos de Nivel 2: medicamentos genéricos y el costo total de los medicamentos de Nivel 3: medicamentos de marca preferidos, Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos y Nivel 5: medicamentos especializados hasta que haya alcanzado el deducible anual.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Consulte la tabla que aparece a continuación para ver los cambios del 2018 al 2019.

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de su Evidencia de cobertura*.

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo .	El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar: Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: usted paga \$4 por medicamento con receta.	El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar: Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: usted paga \$3 por medicamento con receta.

Aviso anual de cambios para 2019

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o los medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su Evidencia de cobertura.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Nivel 2: medicamentos genéricos: usted paga \$14 por medicamento con receta.</p>	<p>Nivel 2: medicamentos genéricos: usted paga \$14 por medicamento con receta.</p>
	<p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: usted paga \$47 por medicamento con receta.</p>	<p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: usted paga \$47 por medicamento con receta.</p>
	<p>Nivel 4: medicamento no preferido: usted paga \$99 por medicamento con receta.</p>	<p>Nivel 4: medicamento no preferido: usted paga \$99 por medicamento con receta.</p>
	<p>Nivel 5: medicamentos especializados: usted paga el 27% por medicamento con receta.</p>	<p>Nivel 5: medicamentos especializados: usted paga el 28% por medicamento con receta.</p>
	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,750, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,820, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Proceso	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Los requisitos de autorización previa han cambiado.</p>	<p>Es posible que no se haya requerido autorización previa para diagnóstico por imágenes avanzado (PET/MRI/CT) y medicina nuclear; diagnóstico por imágenes para cardiología y determinados procedimientos relacionados; y procedimientos de tratamiento de articulaciones, columna vertebral y del dolor.</p>	<p>Se requiere autorización previa para diagnóstico por imágenes avanzado (PET/MRI/CT) y medicina nuclear; diagnóstico por imágenes para cardiología y determinados procedimientos relacionados; y procedimientos de tratamiento de articulaciones, columna vertebral y del dolor (excepto en casos de emergencias).</p>
<p>El número de teléfono del Servicio al cliente cambió. El número de teléfono del Servicio al cliente del año pasado continuará enviándolo a nuestro Centro de servicio.</p>	<p>1-888-423-7633</p>	<p>1-866-334-3141</p>
<p>El número de teléfono para pagar su prima por teléfono cambió.</p>	<p>1-877-255-1400</p>	<p>1-844-722-6252</p>
<p>El número TTY del Servicio al cliente cambió. El número TTY del Servicio al cliente del año pasado continuará enviándolo a nuestro Centro de servicio.</p>	<p>1-800-735-2989</p>	<p>711</p>
<p>Los requisitos para el tratamiento escalonado de los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare han cambiado.</p>	<p>No se requería tratamiento escalonado.</p>	<p>Se requiere tratamiento escalonado. El tratamiento escalonado es un tipo de autorización previa. Requiere que usted primero pruebe con un medicamento menos costoso que ha resultado eficaz para la mayoría de las personas con su misma afección antes de que pueda subir un “escalón” para obtener un medicamento más costoso.</p>

Aviso anual de cambios para 2019**SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir****Sección 4.1 Si desea seguir inscrito en SeniorCare Advantage Basic (PPO)**

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2019.

Sección 4.2 Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2019, pero si desea cambiarse, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- O BIEN, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2019* (Medicare y usted 2019), llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte la Sección 6), o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Buscador de planes de Medicare disponible en el sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos). **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Recuerde, Scott and White Health Plan ofrece otros planes de salud de Medicare y otros planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos.

Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en SeniorCare Advantage Basic (PPO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en SeniorCare Advantage Basic (PPO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio al cliente (los números de teléfono se encuentran en la Sección 8.1 de este folleto).
 - *O bien*, puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Aviso anual de cambios para 2019**SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan**

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

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura del empleador y las personas que se trasladan fuera del área de servicios es posible que realicen un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Nota: si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no está satisfecho con su opción de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, al SHIP se lo denomina Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) de Texas.

Este programa es independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y **en forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas pueden ayudarlo con sus preguntas y problemas de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Programa de asesoramiento, defensa e información de salud de Texas (HICAP) al 1-800-252-9240. Para obtener más información sobre el Programa de asesoramiento, defensa e información sobre la salud (HICAP) de Texas, visite su sitio web (<http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap>).

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

“Ayuda adicional” de Medicare. Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las

Aviso anual de cambios para 2019

primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
- A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene un programa llamado Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmacy Assistance Program, SPAP) de VIH de Texas que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 6 de este folleto).
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen un documento que demuestre que residen en el estado y su estado del VIH; prueba de ingresos bajos según lo definido por el estado y prueba de que no están aseguradas o que están infraaseguradas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del Programa de Distribución de Medicamentos para el SIDA de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

SECCIÓN 8 Preguntas

Sección 8.1 Cómo recibir ayuda de SeniorCare Advantage Basic (PPO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicio al cliente al 1-866-334-3141. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2019* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios para 2019* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2019. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2019* para SeniorCare Advantage Basic (PPO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Se encuentra disponible una copia electrónica de la *Evidencia de cobertura*.

Aviso anual de cambios para 2019

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en advantage.swhp.org. Recuerde, en nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 8.2 Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 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 (<https://www.medicare.gov>). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y medicamentos]).

Lea *Medicare & You 2019* (Medicare y usted 2019)

Puede leer el manual *Medicare & You 2019* (Medicare y usted 2019). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted 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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.