



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

Notificación anual de cambios para 2020

Usted está inscrito actualmente como miembro de SeniorCare Advantage Platinum (PPO). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa los cambios.*

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

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Es importante hacer una revisión de su cobertura ahora para asegurarse de que cumpla con sus necesidades para el próximo año.
 - ¿Estos cambios influyen en los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.1 and 1.5 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y los costos de su plan.
- Verifique en el folleto los cambios en nuestra cobertura de medicamentos con receta médica para ver si lo afectan.
 - ¿Sus medicamentos tendrán cobertura?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel distinto, con gastos compartidos diferentes?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, que necesiten nuestra aprobación antes de que pueda surtir su receta?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios con respecto al costo de utilizar esta farmacia?
 - Revise la Lista de Medicamentos 2020 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es probable que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pudieran estar disponibles para usted; esto puede ayudarle a ahorrar en sus gastos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener información adicional sobre precios de medicamentos visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos tableros destacan cuáles son los fabricantes que han aumentado sus precios y también muestran otra información sobre cómo han variado los precios de medicamentos año tras año.

Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto varían los costos de sus medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Los médicos, incluidos los especialistas que ve regularmente, están en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales o demás proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- Piense sobre sus costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo para los servicios y los medicamentos con receta médica que usa regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está conforme con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Infórmese sobre otras opciones de planes

- Compruebe la cobertura y costos de los planes en su zona.
 - Utilice la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Encuentre planes de salud y medicamentos”.
 - Revise la lista en la contraportada de su manual Medicare y Usted.
 - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que delimite sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar de plan

- Si desea **conservar** SeniorCare Advantage Platinum (PPO), no necesita hacer nada. Permanecerá en SeniorCare Advantage Platinum (PPO).
- Para cambiar a un **plan diferente** que se adapte mejor a sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, inscríbase en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**

- Si no se inscribe en un plan diferente antes del **7 de diciembre de 2019**, permanecerá en SeniorCare Advantage Platinum (PPO).
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2019**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2020.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con el Servicio al cliente llamando al 1-866-334-3141. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 7 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto los feriados principales).
- La presente información está disponible en diferentes formatos (p. ej. en letras grandes).
- **La cobertura que ofrece este plan califica como cobertura habilitante de salud (Qualifying Health Coverage, QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (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 Platinum (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 de Medicare. La inscripción en SeniorCare Advantage depende de la renovación del contrato.
 - A lo largo de este folleto, los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro” se refieren a Scott and White Health Plan. Los términos “plan” o “nuestro plan” se refieren a SeniorCare Advantage Platinum (PPO).
-

Resumen de los costos importantes para 2020

La tabla que aparece a continuación contiene los costos de 2019 comparados con los costos de 2020 de SeniorCare Advantage Platinum (PPO) en varias áreas de importancia. **Tenga en cuenta que este es únicamente un resumen de los cambios.** En nuestro sitio web se incluirá una copia de la *Evidencia de cobertura*, en advantage.swhp.org antes del 15 de octubre. También puede comunicarse con Servicio al cliente para solicitar que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$150	\$136
Montos máximos de gastos de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles.)	De los proveedores de la red: \$3,500. De los proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$10,000.	De los proveedores de la red: \$3,500. De los proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$10,000.
Visitas al consultorio del médico	Dentro de la red: Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita. Visitas a especialistas: \$20 de copago por visita. Fuera de la red: Visitas de atención primaria: 25% de coseguro. Visitas a especialistas: 25% de coseguro.	Dentro de la red: Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita. Visitas a especialistas: \$20 de copago por visita. Fuera de la red: Visitas de atención primaria: 25% de coseguro. Visitas a especialistas: 25% de coseguro.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Estadías en el hospital como paciente internado</p> <p>Incluye servicios hospitalarios intensivos, de rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes internados. La atención de pacientes internados comienza el día en que es hospitalizado formalmente por prescripción médica. El día anterior al alta es su último día como paciente internado.</p>	<p>Dentro de la red: Máximo por cuidados intensivos De bolsillo \$800 por cada estadía.</p> <p>Días 1 a 4: \$200 de copago por día. Días 5 a 90: \$0 de copago por día.</p> <p>Fuera de la red: 25% de coseguro.</p>	<p>Dentro de la red: Máximo por cuidados intensivos De bolsillo \$800 por cada estadía.</p> <p>Días 1 a 4: \$200 de copago por día. Días 5 a 90: \$0 de copago por día.</p> <p>Fuera de la red: 25% de coseguro.</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles.)</p>	<p>Deducible: Sin deducible. para sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 • Nivel 2 de medicamentos: \$10 • Nivel 3 de medicamentos: \$40 • Nivel 4 de medicamentos: \$90 • Nivel 5 de medicamentos: 33% 	<p>Deducible: \$50 para sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$2 • Nivel 2 de medicamentos: \$12 • Nivel 3 de medicamentos: \$45 • Nivel 4 de medicamentos: \$95 • Nivel 5 de medicamentos: 32%

Notificación anual de cambios para 2020**Índice**

Resumen de los costos importantes para 2020	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	4
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2 – Cambios en los montos máximos de gastos de bolsillo	4
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	5
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	6
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	6
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D	7
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	11
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir	13
Sección 3.1 – Si desea quedarse en SeniorCare Advantage Platinum (PPO).....	13
Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan	13
SECCIÓN 4 Plazo límite para cambiar de plan	14
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare.....	14
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta médica	15
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	16
Sección 7.1 – Obtener ayuda de SeniorCare Advantage Platinum (PPO).....	16
Sección 7.2 – Obtener ayuda de Medicare.....	17

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.)	\$150	\$136

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige que pague una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no contar con otra cobertura de medicamentos que sea al menos igual de buena que la cobertura de medicamentos de Medicare (a la que también se hace referencia como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si usted tiene un ingreso mayor, debe pagar una cantidad adicional por cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si usted recibe “ayuda adicional” con los costos de los medicamentos con receta médica.

Sección 1.2 – Cambios en los montos máximos de gastos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige a todos los planes de salud limitar cuánto paga de su “bolsillo” a lo largo del año. Estos límites se denominan “montos máximos de gastos de bolsillo”. Una vez que haya alcanzado este monto, usted generalmente no paga nada por los servicios cubiertos por la Parte A y Parte B durante el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo en la red</p> <p>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores de la red cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo en la red. Su prima del plan y sus costos de los medicamentos con receta médica no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo.</p>	\$3,500	<p>\$3,500</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,500 los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p>
<p>Monto máximo combinado de gastos de bolsillo</p> <p>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores de la red y fuera de la red cuentan para el monto máximo combinado de gastos de bolsillo.</p> <p>La prima de su plan no cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo.</p>	\$10,000	<p>\$10,000</p> <p>Una vez que haya pagado \$10,000 los gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red o fuera de la red durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Podrá encontrar un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web: advantage.swhp.org. También puede llamar a Servicio al cliente para obtener información actualizada de proveedores o para solicitar que le enviemos un Directorio de proveedores por correo postal. **Consulte el Directorio de proveedores de 2020 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar a lo largo del año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Realizaremos un esfuerzo con buena intención para notificarle al menos 30 días antes que su proveedor se retira de nuestro plan, para que tenga tiempo de elegir otro.

- Le brindaremos asistencia en la selección de un nuevo proveedor calificado para continuar satisfaciendo sus necesidades de atención médica.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico, usted tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros trabajaremos con usted para garantizar esto.
- Si considera que no le hemos ofrecido un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada correctamente, tiene derecho a presentar una apelación contra nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista está dejando su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta médica pueden depender de la farmacia que utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *únicamente* si se despachan en una de las farmacias de nuestra red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Podrá encontrar un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web: advantage.swhp.org. También puede llamar a Servicio al cliente para obtener información actualizada de proveedores o para solicitar que le enviemos un Directorio de farmacias por correo postal. **Consulte el Directorio de farmacias 2020 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

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

Para el próximo año, introduciremos cambios en la cobertura de ciertos servicios médicos. La información presentada a continuación describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos por estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*, en su *Evidencia de cobertura de 2020*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Servicios dentales (No cubiertos por Medicare; preventivos)	<u>Dentro de la red</u> Cuenta con una cobertura de hasta \$1,500 por año.	<u>Dentro de la red</u> Cuenta con una cobertura de hasta \$2,000 por año.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Servicios de audición (Examen de audición de rutina)	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$20 de copago por cada examen de audición de rutina.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 25% de coseguro por cada examen de audición de rutina.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por cada examen de audición de rutina.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 25% de coseguro por cada examen de audición de rutina.</p>
Servicios del programa de tratamiento de opiáceos	No ofrecido.	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$45 de copago por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 25% de coseguro por los servicios cubiertos por Medicare.</p>
Servicios de telemedicina – Servicios de médico de atención primaria	No ofrecido.	<p><u>Dentro de la red:</u> Usted paga \$0 de copago por los servicios de telemedicina.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Usted paga 25% de coseguro por los servicios de telemedicina.</p>

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina “Lista de medicamentos” (*Formulary*, en inglés). Una copia de nuestra Lista de medicamentos se proporciona en formato electrónico.

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

Si a usted lo afecta un cambio en la cobertura de medicamentos, puede:

- **Conversar con su médico (u otro profesional que emita las recetas) y solicitar al plan que haga una excepción** para que cubra el medicamento.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura*, (*¿Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo? [decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos]*) o llame a Servicio al cliente.
- **Conversar con su médico (u otro profesional que emita las recetas) para encontrar un medicamento distinto** que sí cubramos. Puede comunicarse con Servicio al cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica.

En algunas situaciones, se nos pide que cubramos un suministro temporal de un medicamento que no está incluido en la Lista de medicamentos durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de afiliación para evitar una interrupción del tratamiento. Las excepciones a la lista de medicamentos actual pueden vencer al final del año del contrato. Si aún requiere una excepción a la lista de medicamentos, debe consultar con su médico y solicitar una excepción para el próximo año.

La mayoría de los cambios a la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, es posible que hagamos otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

Cuando realizamos estos cambios a la Lista de medicamentos durante el año, igualmente puede atenderse con su médico (u otro profesional que emita la receta médica) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También vamos a seguir actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo previsto y brindaremos nueva información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre 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 con receta médica

Nota: Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información relativa a los costos de medicamentos con receta médica de la Parte D puede no corresponder a su situación.** Hemos incluido un folleto separado, llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que obtienen ayuda adicional para el pago de medicamentos con receta médica” (también llamada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que presenta más información sobre sus costos de medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió este folleto junto con este paquete, llame a Servicio al cliente y solicite la “Cláusula adicional LIS”. Los números de teléfono del Servicio al cliente se encuentran en la Sección 7.1 de este folleto.

Hay cuatro “etapas en el pago de medicamentos”. La cantidad que paga por un medicamento de la Parte D depende de en qué etapa del pago del medicamento se encuentre. (Puede consultar la

Sección 2 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información que aparece a continuación presenta los cambios para 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 sin cobertura o la Etapa de cobertura por eventos catastróficos. 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 encuentra en nuestro sitio web en advantage.swhp.org. También puede comunicarse con Servicio al cliente para solicitar que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que haya llegado al deducible anual.</p>	<p>Debido a que no aplicamos un deducible, esta etapa de pago no le corresponde.</p>	<p>El deducible es \$50.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$2 los gastos compartidos para los medicamentos de Nivel 1: Genéricos preferidos y \$12 gastos compartidos para los medicamentos de Nivel 2: Genéricos y el costo total de los medicamentos de Nivel 3: Marca preferida, Nivel 4: Medicamentos no preferidos y Nivel 5: Especialidad hasta que haya llegado al deducible anual.</p>

Cambios en sus gastos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

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

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que haya pagado el deducible anual, usted 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>Su costo para el suministro de un mes que se haya despachado en una farmacia de la red con gastos compartidos estándar:</p>	<p>Su costo para el suministro de un mes que se haya despachado en una farmacia de la red con gastos compartidos estándar:</p>
<p>Los costos de esta línea corresponden al suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que ofrece gastos compartidos estándar.</p>	<p>Nivel 1: Genéricos preferidos:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p>	<p>Nivel 1: Genéricos preferidos:</p> <p>Usted paga \$2 por receta médica.</p>
<p>Para obtener información sobre los costos para un suministro a largo plazo o sobre los pedidos de medicamentos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Nivel 2: Genéricos:</p> <p>Usted paga \$10 por receta médica.</p>	<p>Nivel 2: Genéricos:</p> <p>Usted paga \$12 por receta médica.</p>
<p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para consultar si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Nivel 3: De marca preferida:</p> <p>Usted paga \$40 por receta médica.</p>	<p>Nivel 3: De marca preferida:</p> <p>Usted paga \$45 por receta médica.</p>
	<p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos:</p> <p>Usted paga \$90 por receta médica.</p>	<p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos:</p> <p>Usted paga \$95 por receta médica.</p>
	<p>Nivel 5: Especialidad:</p> <p>Usted paga 33% por receta médica.</p>	<p>Nivel 5: Especialidad:</p> <p>Usted paga 32% por receta médica.</p>

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado \$3,820, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa sin cobertura).	Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado \$4,020, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa sin cobertura).

Cambios en las Etapas sin cobertura y de cobertura por eventos catastróficos

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa sin cobertura y la Etapa de cobertura por eventos catastróficos, son para personas con costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa sin cobertura o la Etapa de cobertura por eventos catastróficos.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Proceso	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Requisito de autorización previa para servicios quiroprácticos	Se necesita autorización previa.	Ya no se necesita autorización previa.
Requisito de autorización previa para servicios de terapia ocupacional	Se necesita autorización previa.	Ya no se necesita autorización previa.
Requisito de autorización previa para servicios psiquiátricos	Se necesita autorización previa.	Ya no se necesita autorización previa.

Proceso	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Tratamiento escalonado con medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare	<p>Puede ser necesario un tratamiento escalonado.</p> <p>El tratamiento escalonado es un tipo de autorización previa. Requiere que usted pruebe un medicamento más económico de probada eficacia para la mayoría de las personas que padecen la misma afección que usted antes de subir un “escalón” hacia un medicamento más costoso.</p>	El tratamiento escalonado ya no es necesario.
Horario de Servicio al cliente	Estamos disponibles por vía telefónica de 7 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.	Estamos disponibles por vía telefónica de 7 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto los feriados principales).
Farmacia de la Parte D de Medicare - Excepciones a la Lista de medicamentos de gastos compartidos de menor nivel	Usted paga el copago de Nivel 4 de todos los medicamentos (de marca y genéricos) que no están incluidos en la lista de medicamentos, si se otorga una excepción a la lista de medicamentos.	Usted paga el copago de Nivel 2 de los medicamentos genéricos que no están incluidos en la lista de medicamentos y el copago de Nivel 4 de los medicamentos de marca que no están incluidos en la lista de medicamentos si se otorga una excepción a la lista de medicamentos

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea quedarse en SeniorCare Advantage Platinum (PPO)

Para quedarse en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no opta por suscribirse en un plan distinto o cambiar a Original Medicare antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para 2020.

Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan

Esperamos contarle como miembro el próximo año, pero si desea cambiar para 2020, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente oportunamente,
- – *O*– puede optar por Original Medicare. Si cambia por Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en el plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a la multa potencial por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2020*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área usando el Buscador de planes de Medicare del sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Encuentre planes de salud y medicamentos”. **Aquí, puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

Como recordatorio, el Plan de salud Scott and White ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta médica de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de gastos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiar a **un plan de salud diferente de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en SeniorCare Advantage Platinum (PPO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta médica**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en SeniorCare Advantage Platinum (PPO) se cancelará automáticamente.

- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta médica**, debe o bien:
 - Envíenos por escrito una solicitud de cancelación de inscripción. Comuníquese con Servicio al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 de este folleto).
 - *O* – ponerse en contacto con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

SECCIÓN 4 Plazo límite para cambiar de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el año próximo, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia a partir del 1 de enero de 2020.

¿Es posible hacer un cambio en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, está permitido hacer cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, con Medicaid, los que obtienen “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, los que han dejado o están por dejar de recibir la cobertura del empleador y los que se mudan fuera del área de servicio pueden tener permitido realizar cambios en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2020 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2020. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con consejeros capacitados en cada estado. En Texas, al SHIP se le llama Programa de asesoría y promoción de información sobre salud de Texas (Texas Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP)

El Programa de asesoría y promoción de información sobre salud de Texas (HICAP) es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Se trata de un programa estatal que recibe dinero de parte del gobierno federal para brindar asesoramiento sobre seguros de salud locales **de manera gratuita** a personas con Medicare. Los

consejeros del Programa de asesoría y promoción de información sobre salud de Texas (HICAP) pueden ayudarlo con sus consultas o problemas referidos a Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y a responder preguntas referidas a cambiar de plan. Puede llamar al Programa de asesoría y promoción de información sobre salud de Texas (HICAP) al 1-800-252-9240. Para obtener más información sobre el Programa de asesoría y promoción de información sobre salud de Texas (HICAP), visite su sitio web (<http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta médica

Usted puede reunir los requisitos para recibir ayuda para medicamentos con receta médica. A continuación, enumeramos distintos 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 sus medicamentos con receta médica. Si usted cumple con los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, lo que incluye las primas mensuales del plan de medicamentos con receta médica, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnen los requisitos no tendrán la multa por brecha de cobertura ni inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y no lo saben. Para saber si usted reúne los requisitos, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - Para comunicarse con la Oficina del Seguro Social debe llamar 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 de Medicaid estatal (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene programas llamados Programa estatal de asistencia de farmacia para el VIH de Texas (Texas HIV State Pharmacy Assistance Program, SPAP) y Programa de atención médica renal de Texas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta médica según sus necesidades económicas, edad o afección médica. Para obtener más información sobre estos programas, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 5 de este folleto).
- **Asistencia de gastos compartidos de medicamentos con receta médica para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia para medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas con VIH/SIDA elegibles para el ADAP tengan acceso a medicamentos para tratar el VIH que pueden salvarles la vida. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, los cuales incluyen una prueba de residencia en el Estado y de la condición respecto al VIH, bajos ingresos según la definición del Estado y no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Los

medicamentos con receta médica de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP reúnen los requisitos para asistencia de gastos compartidos para medicamentos con receta médica a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (the Texas HIV Medication Program, THMP) y del Programa de atención médica renal. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en los programas, para el Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP) llame al 1-800-255-1090 y para el Programa de atención médica renal llame al 1-800-222-3896.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Obtener ayuda de SeniorCare Advantage Platinum (PPO)

¿Tiene preguntas? No dude en contactarnos si necesita ayuda. Llame a Servicio al cliente al 1-866-344-3141. (solo para TTY, llame al 711). Estamos disponibles por vía telefónica de 7 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto los feriados principales). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2020* (tiene detalles sobre los beneficios y los costos del próximo año)

La presente *Notificación anual de cambios* le presenta un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2020. Si desea obtener detalles, busque en la *Evidencia de cobertura 2020* para SeniorCare Advantage Platinum (PPO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para acceder a servicios cubiertos y medicamentos con receta médica. En nuestro sitio web se incluye una copia de la *Evidencia de cobertura*, en advantage.swhp.org. También puede comunicarse con Servicio al cliente para solicitar que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en advantage.swhp.org. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos.

Sección 7.2 – 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), disponible 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>). Incluye información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. También puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área usando el buscador de planes de Medicare del sitio web de Medicare. (Para ver información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Encuentre planes de salud y medicamentos”).

Lea *Medicare y Usted 2020*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2020*. Todos los años en otoño, se envía este folleto por correo a las personas con Medicare. Es un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas formuladas con mayor frecuencia 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), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Aviso de No Discriminación

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-334-3141 (TTY: 711).

Scott and White Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Scott and White Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Scott and White Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande y formatos electrónicos accesibles)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Oficial de Cumplimiento de Scott and White Health Plan al 1-214-820-8888 o envíe un correo electrónico a SWHPComplianceDepartment@BSWHealth.org

Si cree que Scott and White Health Plan no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con:

Scott and White Health Plan, Compliance Officer
1206 West Campus Drive, Suite 151
Temple, Texas 76502

Línea de ayuda de cumplimiento; 1-888-484-6977 o <https://app.mycompliancereport.com/report.aspx?cid=swhp>

Puede presentar una queja en persona o por correo, en línea o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Oficial de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.