

El plan Value Basic (HMO) es ofrecido por Senior Care Plus

Aviso anual de los cambios para 2019

Actualmente, está inscrito como asegurado del plan Value Basic (HMO). El próximo año habrá algunos cambios en los beneficios y costos del plan. *Este manual le informa acerca de los cambios.*

- **Tiene un plazo del 15 de octubre al 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios le corresponden

- Verifique los cambios en nuestros costos y beneficios para ver si le afectan.
 - Es importante que verifique su cobertura ahora para asegurarse de cumplir con sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usa?
 - Consulte la Sección 1 para obtener información sobre los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos en nuestra red?
 - ¿Qué pasa con los hospitales u otros proveedores que consulta?
 - Consulte las Secciones 1.3 y 1.4 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- Considere todos los costos de sus servicios de atención médica.
 - ¿Cuál será su gasto de bolsillo para los servicios y los medicamentos con receta que usa regularmente?
 - ¿Cuánto gastará por su prima y deducibles del seguro médico?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Reflexione si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada del Buscador de Planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes y de salud y de medicamentos].
 - Revise la lista en el dorso de su manual Medicare y usted.
 - Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles sobre sus opciones.
- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y su cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si desea **mantener** el plan Value Basic (HMO), no tiene que hacer nada. Conservará el plan Value Basic (HMO).
- Para cambiarse 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, 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**, conservará el plan Value Basic (HMO).
- 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

- **ATTENTION:** If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-775-7003 (TTY users should call the State Relay Service at 711)
- This document is available for free in Spanish
- Please contact Customer Service at 775-982-3112 or toll-free at 888-775-7003 for additional information. (TTY users should call the State Relay Service at 711). Hours are Monday through Sunday, 7:00 am to 8:00 pm. We will be closed on all federal holidays except New Year's Day.
- Customer Service also has free language interpreter services available for non-English speakers.
- Esta información está disponible gratuitamente en español.
- Por favor contáctese con nuestro servicio al cliente al 775-982-3112 o llame gratuitamente al 888-775-7003 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión del estado al 711). Los horarios son lunes a domingo, de 7:00 a 20:00. Estaremos cerrados en todos los días festivos federales, excepto el día de año nuevo.
- Servicios al cliente también tiene servicios gratuitos de traducción para los que no hablan inglés.

- Esta información se encuentra disponible en distintos formatos, incluidos español y otros idiomas, así como en letras grandes y en sistema braille. Comuníquese con Servicio al cliente al número que aparece arriba si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura que abarca este plan cumple con los requisitos como cobertura médica elegible (QHC, en inglés)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de

- Senior Care Plus es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Senior Care Plus depende de la renovación del contrato.
- Cuando este manual dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Senior Care Plus. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa el plan Value Basic (HMO).

Resumen de costos importantes para 2019

La tabla que está a continuación compara los costos de 2018 y 2019 del plan Value Basic (HMO) en distintas áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto solamente es un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este Aviso anual de los cambios** y verificar la Evidencia de cobertura, que se proporciona por vía electrónica en nuestro sitio web, www.SeniorCarePlus.com, para saber si otros cambios en costos o beneficios lo afectan.

Costo	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
Prima mensual del plan (Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles).	\$0	\$0
Gasto máximo de bolsillo Esto será lo <u>máximo</u> que pagará de gasto de bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$3,400 por año	\$3,400 por año
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención médica básica: \$10 por visita a PCP contratados que forman parte de la red seleccionados y “designados”. \$20 por visita a todos los demás PCP que forman parte de la red.	Visitas de atención médica básica: \$20 por visita a PCP que forman parte de la red.

Aviso anual de los cambios para 2019

Índice

Resumen de costos importantes para 2019	1
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año.....	3
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	3
Sección 1.2: Cambios en el gasto máximo de bolsillo.....	3
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores de servicios de salud	4
Sección 1.4: Cambios en los costos y beneficios para los servicios médicos.....	4
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	5
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir	6
Sección 3.1: Si decide permanecer en el plan Value Basic (HMO)	6
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan.....	6
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan	7
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	7
SECCIÓN 6 Programas que lo ayudan a pagar por sus medicamentos con receta	8
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	9
Sección 7.1: Cómo recibir ayuda por parte del plan Value Basic (HMO)	9
Sección 7.2: Cómo recibir ayuda por parte de Medicare.....	9

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
Prima mensual (También tiene que seguir pagando su prima del plan de salud de la Parte B de Medicare).	\$0	Sin cambios para 2019
Reembolso de la prima mensual de la Parte B de Medicare (También tiene que seguir pagando su prima del plan de salud de la Parte B de Medicare).	Reembolso de \$20	Sin cambios para 2019

Sección 1.2: Cambios en el gasto máximo de bolsillo

Para protegerle, Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad de “gastos de bolsillo” que debe realizar durante el año. Este límite se denomina “gasto máximo de bolsillo”. Una vez que llegó a ese monto, por lo general, no debe pagar nada por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
Gasto máximo de bolsillo Sus costos para los servicios médicos cubiertos (como, por ejemplo, los copagos) cuentan dentro del monto máximo de bolsillo.	\$3,400 por año	Sin cambios para 2019 Una vez que haya pagado \$3,400 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B, no deberá pagar nada más por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores de servicios de salud

Existen cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web, www.SeniorCarePlus.com, encontrará el *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado. También puede llamar a Servicio al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo postal una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*. **Verifique el Directorio de proveedores y farmacias del año 2019 para corroborar si sus proveedores (proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

Es importante que sepa que realizaremos cambios a los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Existen varios motivos por los que su proveedor de servicios de salud puede abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandonan el plan, usted tendrá determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ilimitado a médicos y especialistas calificados.
- Haremos nuestro mayor esfuerzo para proporcionarle un aviso de al menos 30 días en el que le comunicaremos que su proveedor está por abandonar el plan, para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor de servicios médicos calificado para seguir gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar (y nosotros colaboraremos con usted para asegurar) que no se interrumpa dicho tratamiento que está recibiendo, el cual es necesario por razones médicas.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor o que no se está administrando su cuidado de forma adecuada, usted tiene el derecho de presentar una apelación sobre nuestra decisión.
- Si sabe que su médico o especialista está por abandonar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención médica.

Sección 1.4: Cambios en los costos y beneficios para los servicios médicos

Cambiaremos nuestra cobertura para determinados servicios médicos el próximo año. La información que figura a continuación describe dichos 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 debe pagar usted)*, en su *Evidencia de cobertura 2019*.

Cost	2018 (this year)	2019 (next year)
Visitas al consultorio del médico	<p>Visitas de atención médica básica:</p> <p>\$10 por visita a PCP contratados que forman parte de la red seleccionados y “designados”.</p> <p>\$20 por visita a todos los demás PCP que forman parte de la red.</p>	<p>Visitas de atención médica básica:</p> <p>\$20 por visita a PCP que forman parte de la red.</p>
Sala de emergencias	Usted paga un copago de \$80 por visita.	Usted paga un copago de \$90 por visita.
Terapia escalonada	Sin requisitos de terapia escalonada .	El medicamento recetado según este beneficio de medicamentos recetados de la Parte B puede requerir un " terapia escalonada ". Este requisito fomenta que usted pruebe medicamentos que cuestan menos, pero con la misma efectividad, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan el mismo problema de salud, el plan puede requerir que usted pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se denomina " terapia escalonada ".

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

A partir del 15 de octubre de 2018, la Evidencia de cobertura se publicará de forma electrónica en nuestro sitio web, www.SeniorCarePlus.com. También puede llamar a Servicio al cliente para recibir una copia por correo. Los números de teléfono aparecen al dorso de este documento.

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si decide permanecer en el plan Value Basic (HMO)

Para permanecer en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se registra para un plan diferente ni cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente permanecerá inscrito como asegurado de nuestro plan para el año 2019.

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo nuestro asegurado durante el próximo año, pero si desea cambiar para el año 2019, debe seguir estos pasos:

Paso 1: Obtenga más detalles y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud diferente de Medicare,
- *O BIEN* puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si desea inscribirse en el plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información acerca de Original Medicare y de los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el instructivo *Medicare y usted 2019*, llame a su Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (SHIP, en inglés) (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su localidad al usar el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Review and Compare Your Coverage Options” [Revisar y comparar sus opciones de cobertura]. **En el presente documento, encontrará la información sobre los costos, la cobertura, y las calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

Como recordatorio, *Senior Care Plus* ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden ser diferentes con respecto a la cobertura, las primas del plan de salud mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambiar su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud diferente de Medicare**, debe inscribirse en un plan nuevo. Su inscripción en el plan Value Basic (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, debe inscribirse en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en el plan Value Basic (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, entonces deberá:

- Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicio al cliente si necesita obtener más información sobre cómo hacer este trámite (los números de teléfono aparecen en la Sección 6.1 de este manual).
- *Alternativamente*, comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

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

¿Se pueden realizar cambios en otros momentos del año?

En algunos casos, los cambios también se permiten en otros momentos del año. Por ejemplo, los miembros de Medicaid, quienes reciban el “Beneficio adicional” para pagar sus medicamentos, quienes tengan o dejen la cobertura de su empleador y quienes estén fuera del área de servicio pueden hacer cambios en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8, Sección 2.3, de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no está conforme con su elección, puede cambiarse a otro plan de salud Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (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 el Capítulo 8, Sección 2.2, de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Nevada, el SHIP se denomina Nevada SHIP (a través de la División de Servicios para la Vejez y Access to Healthcare Network).

El Nevada SHIP es independiente (no está vinculado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre los seguros médicos en su localidad a las personas que tienen Medicare. Los consejeros de Nevada SHIP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder las preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar a Nevada SHIP al 877-385-2345 o al 800-307-4444. Puede obtener más información sobre Nevada SHIP visitando su sitio web: (http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog/).

SECCIÓN 6 Programas que lo ayudan a pagar por sus medicamentos con receta

Usted puede cumplir con los requisitos para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación, enumeramos distintos tipos de ayuda:

- **“Beneficio adicional” de Medicare.** Las personas que poseen ingresos limitados pueden cumplir con los requisitos para recibir el “Beneficio adicional” para pagar sus costos de medicamentos con receta. Si cumple con los requisitos, Medicare puede pagarle hasta un 75% o más de sus gastos para medicamentos, incluidos las primas mensuales para medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguros. Además, aquellos que cumplen con los requisitos no tendrán una multa por lapso en la cobertura o por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para saber si usted cumple con los requisitos, llame:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - O bien, su Oficina estatal de Medicaid (solicitudes).

Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado. Nevada tiene un programa denominado Programa Nevada Senior Rx and Nevada Disability Rx que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según sus necesidades financieras, edad o problema de salud. Para conocer más detalles sobre el programa, consulte el Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 4 de este folleto).

- **¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, en inglés)?** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas que padecen de VIH/SIDA y son elegibles para el ADAP tengan acceso a medicamentos para el VIH que les permita salvar la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D del Programa Medicare que también están cubiertos por ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia del gasto compartido de los medicamentos con receta mediante el Programa Ryan White sobre el VIH/SIDA de la Parte B (RWPB, en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos del estado de Nevada. Aviso: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas tienen que cumplir con determinados criterios, que incluyen la prueba de residencia en el estado y de su estado de VIH, prueba de ingresos bajos según la definición del estado y prueba de estado sin cobertura de seguro médico o estado de cobertura no adecuada.

Si actualmente se encuentra inscrito en un ADAP, puede continuar proporcionándole la asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para los medicamentos de la lista de medicamentos del ADAP. Para asegurarse de que continúe recibiendo esta asistencia, informe al encargado de las inscripciones en el

ADAP local sobre cualquier cambio en el nombre del plan o el número de póliza de la Parte D de Medicare.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Access to Healthcare Network (AHN) al 1-775-284-8989 o de manera gratuita al 1-877-385-2345.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Cómo recibir ayuda por parte del plan Value Basic (HMO)

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicio al cliente al 775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas de lunes a domingo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. No atendemos durante todos los feriados nacionales, excepto Año Nuevo.

Lea su *Evidencia de cobertura* 2019 (allí encontrará detalles sobre los costos y beneficios del próximo año).

Este *Aviso anual de los cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus costos y beneficios para el año 2019. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* 2019 para el plan Value Basic (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada y legal de sus beneficios del plan. Le explica sus derechos y las reglas que tiene que seguir para obtener los servicios y los medicamentos con receta cubiertos. Se proporciona una copia de la *Evidencia de cobertura* por vía electrónica.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.SeniorCarePlus.com. Le recordamos que nuestro sitio web posee la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*).

Sección 7.2: Cómo recibir ayuda por parte de Medicare

Para obtener más 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 sobre los costos, la cobertura, y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes en su localidad al usar el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para consultar la información acerca de los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y de medicamentos]).

Lea el manual Medicare y usted 2019

Puede leer el manual *Medicare y usted 2019*. Cada año durante el otoño, se envía por correo este manual a las personas que están en Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y la protección de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerlo 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.