

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

Aviso anual de los cambios para 2019

Actualmente, está inscrito como asegurado del plan Value Rx (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 en el manual los cambios a nuestra cobertura de medicamentos con receta para ver si le afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Se encuentran sus medicamentos en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como la necesidad de obtener nuestra aprobación antes de que surta su medicamento?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos 2019 y consulte la Sección 1.6 para obtener más información sobre los cambios a nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los precios de sus medicamentos hayan aumentado o que se le hayan sugerido medicamentos alternativos. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/Information-on-Prescription-Drugs/index.html>. Estos cuadros destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información de los precios de los medicamentos año a año. Se trata de precios totales

o generales, y los aumentos probablemente no coincidan con los cambios en lo que pagará.

- 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 de salud y de medicamentos].
 - Revise la lista en el dorso de su manual Medicare y usted.
 - Consulte la Sección 3.2 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 Rx (HMO), no tiene que hacer nada. Conservará el plan Value Rx (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 Rx (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).
- 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 for 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 del plan Value Rx (HMO)

- Senior Care Plus es un plan HMO que tiene 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 Rx (HMO).

Resumen de costos importantes para 2019

La tabla que está a continuación compara los costos de 2018 y 2019 del plan Value Rx (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* * Su prima puede ser más alta o más baja que este monto. 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: \$0 por visita a PCP contratados que forman parte de la red seleccionados y “designados” \$10 por visita a todos los demás PCP que forman parte de la red	Visitas de atención médica básica: \$10 por visita

Costo	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
<p>Estadías en hospital para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye hospitales de atención de largo plazo, rehabilitación para pacientes hospitalizados, atención aguda para pacientes hospitalizados y otros tipos de servicios en hospitales para pacientes hospitalizados. La atención en hospitales para pacientes hospitalizados comienza el día en el que es admitido formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior al que le den el alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>	\$275 por día (1 a 6 días)	\$275 por día (1 a 5 días)

Costo	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial (suministro de 30 días):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de pago por medicamento: Copago de \$6 • Nivel 2 de pago por medicamento: Copago de \$16 • Nivel 3 de pago por medicamento: Copago de \$47 • Nivel 4 de pago por medicamento: Copago de \$100 • Nivel 5 de pago por medicamento: Coseguro del 33% • Nivel 6 de pago por medicamento: Copago de \$3 	<p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial (suministro de 30 días):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de pago por medicamento: Copago de \$5 • Nivel 2 de pago por medicamento: Copago de \$16 • Nivel 3 de pago por medicamento: Copago de \$47 • Nivel 4 de pago por medicamento: Copago de \$100 • Nivel 5 de pago por medicamento: Coseguro del 33% • Nivel 6 de pago por medicamento: Copago de \$2.50

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.....	5
	Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	5
	Sección 1.2: Cambios en el gasto máximo de bolsillo.....	5
	Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores de servicios de salud	6
	Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias	7
	Sección 1.5: Cambios en los costos y beneficios para los servicios médicos.....	7
	Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	9
SECCIÓN 2	Cambios administrativos.....	13
SECCIÓN 3	Decidir qué plan elegir	13
	Sección 3.1: Si decide permanecer en el plan Value Rx (HMO).....	13
	Sección 3.2: Si desea cambiar de plan	13
SECCIÓN 4	Fecha límite para cambiar de plan	14
SECCIÓN 5	Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	15
SECCIÓN 6	Programas que lo ayudan a pagar por sus medicamentos con receta	15
SECCIÓN 7	¿Tiene preguntas?	16
	Sección 7.1: Cómo recibir ayuda por parte del plan Value Rx (HMO).....	16
	Sección 7.2: Cómo recibir ayuda por parte de Medicare.....	17

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

- Su prima mensual del plan será *superior* si debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía en la Parte D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos del Programa Medicare (también denominada “cobertura válida”) durante 63 días o más.
- Si posee un ingreso mayor, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno para la cobertura de su medicamento con receta de Medicare.
- Su prima mensual del plan será *menor* si recibe el “Beneficio adicional” para sus costos de medicamentos con receta.

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)
<p>Gasto máximo de bolsillo</p> <p>Sus costos para los servicios médicos cubiertos (como, por ejemplo, los copagos) cuentan dentro del monto máximo de bolsillo.</p> <p>Sus costos por los medicamentos con receta no cuentan dentro del monto máximo de bolsillo.</p>	\$3,400 por año	<p>Sin cambios para 2019.</p> <p>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.</p>

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 la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia a la cual acude. Los planes de Medicare incluyen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *solo* si son surtidos en las farmacias de nuestra red.

Existen cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web, www.SeniorCarePlus.com, encontrará el Directorio de 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*. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2019 para ver qué farmacias hay en nuestra red.**

Sección 1.5: 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*.

Costo	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
Visitas al proveedor de atención primaria	<p>Usted paga un copago de \$0 por visita a PCP contratados que forman parte de la red seleccionados y “designados”.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por visita a todos los demás PCP que forman parte de la red.</p>	Usted paga un copago de \$10 por visita a PCP que forman parte de la red.

Costo	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	Usted paga un copago de \$275 por día para los días 1 a 6 .	Usted paga un copago de \$275 por día para los días 1 a 5 .
Atención en la sala de emergencias	Usted paga un copago de \$80 por visita.	Usted paga un copago de \$90 por visita.
Radiografías y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios	<p>Usted paga un copago de \$70 por cada visita para radiografía cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$105 por cada visita para tomografía computarizada cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$140 por cada visita para resonancia magnética (MRI, en inglés), tomografía por emisión de positrones (PET, en inglés) y medicina nuclear cubierta por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$65 por cada visita para radiografía cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$100 por cada visita para tomografía computarizada cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$135 por cada visita para resonancia magnética (MRI, en inglés), tomografía por emisión de positrones (PET, en inglés) y medicina nuclear cubierta por Medicare.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
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 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestro listado de medicamentos cubiertos se denomina "Lista de medicamentos". Se proporciona por vía electrónica una copia de la Lista de medicamentos. En este sobre, encontrará las instrucciones sobre cómo acceder a una copia de nuestra lista o cómo obtener una. Si no ve su medicamento en esta lista, es posible que igualmente tenga cobertura. **Puede obtener la Lista de medicamentos** completa llamando a Servicio al cliente (consulte la contraportada) o visitando nuestro sitio web, www.SeniorCarePlus.com.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos los cambios en los medicamentos que cubrimos y a las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos. **Verifique la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si existirán algunas restricciones.**

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

- **Hablar con su médico (u otra persona que receta) y pídale al plan que haga una excepción** para que cubra el medicamento. **Alentamos a los asegurados actuales** a que pidan una excepción antes del próximo año.
 - Para obtener información sobre lo que tiene que hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura])* o llame a Servicio al afiliado.
- **Hablar con su médico (o la persona que receta) para encontrar otro medicamento** que cubra el plan. Puede llamar a Servicio al afiliado para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten el mismo problema de salud.

En algunas situaciones, se nos exige que cubramos un suministro provisional de un medicamento que no está en la lista durante los primeros 90 días de cobertura del año del plan o durante los primeros 90 días de participación, para evitar un lapso en la terapia. (Para obtener más detalles acerca de cuándo puede obtener un suministro provisional y cómo puede pedir uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2, de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que obtenga su suministro de medicamentos provisional, debería hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine dicho suministro provisional. Puede cambiar por un medicamento diferente que esté cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción en su caso y cubra su medicamento actual.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos se producen al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, es posible que hagamos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Además, a partir de 2019, antes de hacer durante el año otros cambios a nuestra Lista de medicamentos que nos exijan proporcionarle aviso anticipado si está tomando un medicamento, le proporcionaremos un aviso con 30, en lugar de 60, días de anticipación al cambio. Alternativamente, le proporcionaremos un resurtido para 30 días, en lugar de para 60 días, de su medicamento de marca en una farmacia que pertenezca a la red.

A partir de 2019, antes de hacer durante el año cambios a nuestra Lista de medicamentos que nos exijan proporcionarle aviso anticipado cuando está tomando un medicamento, le proporcionaremos un aviso con 30, en lugar de 60, días de anticipación al cambio. Alternativamente, le proporcionaremos un resurtido para 30 días, en lugar de para 60 días, de su medicamento de marca en una farmacia que pertenezca a la red. Por ejemplo, le proporcionaremos este aviso antes de reemplazar un medicamento de marca de la Lista de medicamentos con un medicamento genérico o de hacer cambios según los recuadros de advertencia de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, en inglés) o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

Cuando hacemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, igualmente puede trabajar con su médico (u otra persona que receta) y pedirnos 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 es posible

que hagamos en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6, de la Evidencia de cobertura).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Aviso: Si está en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos (“Beneficio adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a usted.** Le hemos enviado un folleto por separado, denominado el “Anexo a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben el Beneficio adicional para pagar sus medicamentos con receta” (también denominado “Anexo para subsidio por ingresos bajos” [LIS, en inglés] o “Anexo LIS”), que le informa acerca de los costos de sus medicamentos. Si recibe el “Beneficio adicional” y no ha recibido este anexo antes del 30 de septiembre de 2018, llame a Servicio al cliente y pida el “Anexo LIS”. Los números de teléfono de Servicio al afiliado están en la Sección 7.1 de este manual.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. Lo que paga por los medicamentos de la Parte D depende de la etapa de cobertura para medicamentos en la que se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información que figura a continuación muestra los cambios para el próximo año en las primeras dos etapas: Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los asegurados no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de lapso en la cobertura o la Etapa de cobertura para casos catastróficos; para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de cobertura*, que se proporciona por vía electrónica).

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Debido a que no hay un deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.	Debido a que no hay un deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.

Cambios en su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial

Para obtener más detalles sobre el funcionamiento de los copagos y los coseguros, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de bolsillo que es posible que tenga que pagar por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte de dicho costo.</p> <p>Los costos que aparecen en esta fila corresponden al suministro de un mes (30 días) cuando surte sus medicamentos con receta en una farmacia que pertenece a la red con costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta con servicio de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5, de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos modificado el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia que pertenezca a la red con costo compartido estándar:</p> <p>Genéricos preferidos: Usted paga \$6 por receta médica.</p> <p>Genéricos no preferidos: Usted paga \$16 por receta médica.</p> <p>De marca preferida: Usted paga \$47 por receta médica.</p> <p>De marca no preferida: Usted paga \$100 por receta médica.</p> <p>Especializados: Usted paga el 33% por receta médica.</p> <p>De atención médica seleccionados: Usted paga \$3 por receta médica</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de su medicamento hayan alcanzado \$3,750, pasará a la siguiente etapa (Etapa de lapso en la cobertura).</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia que pertenezca a la red con costo compartido estándar:</p> <p>Genéricos preferidos: Usted paga \$5 por receta médica.</p> <p>Genéricos no preferidos: Usted paga \$16 por receta médica.</p> <p>De marca preferida: Usted paga \$47 por receta médica.</p> <p>De marca no preferida: Usted paga \$100 por receta médica.</p> <p>Especializados: Usted paga el 33% por receta médica.</p> <p>De atención médica seleccionados: Usted paga \$2.50 por receta médica</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de su medicamento hayan alcanzado \$3,820, pasará a la siguiente etapa (Etapa de lapso en la cobertura).</p>

Cambios en las etapas de lapso en la cobertura y de cobertura para casos catastróficos

Las otras dos etapas de cobertura para los medicamentos, la Etapa del lapso en la cobertura y la Etapa de la cobertura para casos catastróficos, son para aquellas personas que tienen costos altos de medicamentos. **La mayoría de los asegurados no alcanza la Etapa del lapso en la cobertura o la Etapa de cobertura para casos catastróficos.** Para obtener información sobre sus costos durante estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de su *Evidencia de cobertura*.

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 Rx (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 (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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 “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y de medicamentos]. **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 Rx (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 Rx (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 7.1 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 10, 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 10, 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 averiguar más 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 5 de este folleto).

- **Asistencia de costos compartidos de los medicamentos con receta para las personas que padecen de SIDA/VIH.** El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, en inglés) ayuda a garantizar que las personas elegibles para recibir el ADAP que padecen de VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que les salvarán la vida. Las personas tienen que cumplir con determinados criterios, incluidos prueba de residencia en el estado y de su estado de VIH, prueba de ingresos bajos según la definición del Estado y prueba de estar sin cobertura de seguro o tener cobertura no adecuada. 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. 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 Rx (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 Rx (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 incluyó una copia de la *Evidencia de cobertura* en este sobre.

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 y farmacias*) y nuestro listado de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos).

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.