

Aviso anual de cambios

Utah

Davis, Salt Lake, Utah y Weber

2019

Healthy Advantage (HMO SNP)

Servicios para Miembros (877) 644-0344, TTY/TDD 711

7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

MolinaHealthcare.com/Medicare



Healthy Advantage (HMO SNP) ofrecido por Molina Healthcare of Utah

Aviso anual de cambios para 2019

Actualmente se encuentra inscrito en calidad de miembro de Healthy Advantage (HMO SNP). Habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan durante el próximo año. *Este cuadernillo contiene información sobre los cambios.*

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios aplicarán a usted

- ☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el año próximo.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- ☐ Verifique los cambios en el cuadernillo sobre nuestra cobertura de medicamentos recetados para saber si estos lo afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en una categoría diferente, con diferente costo compartido?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de surtir su receta?
 - ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
 - Revise la lista de medicamentos 2019 y mire la sección 1.6 para obtener información sobre los cambios a nuestra cobertura de medicamentos.
 - Sus costos de medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos anuales de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Los cuadros destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.
- ☐ Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán dentro de la red el próximo año.
 - ¿Sus médicos están en nuestra red?

- ¿Hubo algún cambio en los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?
- Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

☐ Piense en los costos de atención médica generales.

- ¿Cuánto gastará de su bolsillo para pagar los servicios y medicamentos recetados que utiliza con regularidad?
- ¿Cuánto gastará en la prima y en los deducibles?
- ¿En qué se diferencian sus costos totales del plan con los de otras opciones de cobertura de Medicare?

☐ Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de plan

☐ Revise las coberturas y los costos de los planes en su área.

- Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de Plan de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Encontrar planes de salud y medicamentos”.
- Revise la lista en la parte posterior de su manual Medicare y Usted.
- Lea la sección 2 para obtener más información sobre sus opciones.

☐ Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan

- Si desea **mantenerla** Healthy Advantage (HMO SNP), no es necesario que haga algo. Permanecerá en Healthy Advantage (HMO SNP).
- Si desea **cambiar a un plan diferente** que podría cubrir mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre hoy y el 31 de diciembre. Lea la sección 2, página 14 para obtener más información sobre sus opciones.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar los planes, únase a un plan entre hoy y el **31 de diciembre 2018**

- Si **no se une a otro plan hasta el 31 de diciembre 2018**, permanecerá en el plan Healthy Advantage (HMO SNP).
- Si **se une a otro plan hasta el 31 de diciembre 2018**, su nueva cobertura comenzará el primer día del siguiente mes.
- A partir de 2019, habrá nuevos límites sobre la frecuencia en la que puede cambiar de plan. Lea la sección 3, página 15 para obtener más información.

Recursos adicionales

- Para más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número (877) 644-0344. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

- También puede pedir esta información en otros formatos, como audio, sistema Braille o en letra grande.
- **La cobertura conforme a este Plan califica como una Cobertura de salud elegible (QHC)** y cumple con el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite la página web del Servicio de impuestos internos (IRS, por sus siglas en inglés) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Sobre Healthy Advantage (HMO SNP)

- Healthy Advantage (HMO SNP) es un plan de salud con un contrato con Medicare y con un contrato con el programa Medicaid del estado. La inscripción en Healthy Advantage (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.
- Cuando el cuadernillo menciona “nosotros” o “nuestro”, significa Molina Healthcare of Utah. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, significa Healthy Advantage (HMO SNP).

Resumen de costos importantes para 2019

El cuadro a continuación compara los costos de 2018 y los costos de 2019 para Healthy Advantage (HMO SNP) en distintas áreas de importancia. **Sepa que esto es solamente un resumen de cambios. Es importante leer el resto de este *Aviso anual de cambios* y revisar la Evidencia de cobertura proporcionada de forma electrónica para ver si hay otros cambios en los beneficios o costos que lo afecten.** Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$ 0 por su deducible, las visitas con el médico e internaciones en hospital.

Costo	2018 (Este año)	2019 (Próximo año)
Prima mensual del plan*	De \$0 a \$31.50	De \$0 a \$38.70
* Su prima puede ser mayor o menor que esta suma. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.		
Deducible	\$ 0 o \$ 183 Si es elegible para recibir asistencia de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, paga \$ 0.	Este monto puede ser cambiar para 2019. Si es elegible para recibir asistencia de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, paga \$ 0.
Consultas con el médico	Visitas al médico de atención primaria: 0% o 20% del costo para proveedores de atención primaria por consulta Visitas a especialista: 0% o 20% del costo para especialistas por consulta Si es elegible para recibir asistencia de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, paga \$ 0.	Visitas al médico de atención primaria: 0% o 20% del costo para proveedores de atención primaria por consulta Visitas a especialista: 0% o 20% del costo para especialistas por consulta Si es elegible para recibir asistencia de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, paga \$ 0.
Internación en hospital Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención	Estos son montos de costos compartidos de 2018 y podrían cambiar para 2019. Healthy Advantage proporcionará tarifas	Los montos podrían cambiar en 2019. Si es elegible para recibir asistencia de costo

Costo	2018 (Este año)	2019 (Próximo año)
en hospital para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado.	actualizadas tan pronto como sean divulgadas. Las sumas por cada período de beneficios son \$0 o: • \$ 1,340 de deducible para los días 1 a 60 • \$ 335 de copago por día para los días 61 a 90 \$ 670 de copago por día durante 60 días de reserva de por vida Si es elegible para recibir asistencia de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, paga \$ 0.	compartido de Medicare bajo Medicaid, paga \$ 0.
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).	Deducible: \$0 u \$83 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: • Categoría de medicamento 1: \$0 de copago • Categoría de medicamento 2: \$0 de copago • Categoría de medicamento 3: \$0, \$1.25, o \$3.35 de copago por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$3.70, o \$8.35 de copago por todos los demás medicamentos por recetas médicas.	Deducible: \$0 u \$85 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: • Categoría de medicamento 1: \$0 de copago • Categoría de medicamento 2: \$0 de copago • Categoría de medicamento 3: \$0, \$1.25, o \$3.40 de copago por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$3.80, o \$8.50 de copago por todos los demás medicamentos por recetas médicas.

Costo	2018 (Este año)	2019 (Próximo año)
	• Categoría de medicamento 4: \$0, \$1.25, o \$3.35 de copago por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$3.70, o \$8.35 de copago por todos los demás medicamentos por recetas médicas. • Categoría de medicamento 5: \$0, \$1.25, o \$3.35 de copago por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$3.70, o \$8.35 de copago por todos los demás medicamentos por recetas médicas.	• Categoría de medicamento 4: \$0, \$1.25, o \$3.40 de copago por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$3.80, o \$8.50 de copago por todos los demás medicamentos por recetas médicas. • Categoría de medicamento 5: \$0, \$1.25, o \$3.40 de copago por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$3.80, o \$8.50 de copago por todos los demás medicamentos por recetas médicas.
Monto máximo de su bolsillo	\$5,000	\$6,250
Esta es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar los costos de su bolsillo para el monto máximo de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar los costos de su bolsillo para el monto máximo de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Aviso anual de cambios para 2019

Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2019	1
SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos de Medicare para el año próximo	5
Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual	5
Sección 1.2 – Cambios en la suma máxima de su propio bolsillo	5
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores	6
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias	7
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	7
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	10
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	14
Sección 2.1 – Si decide permanecer en Healthy Advantage (HMO SNP)	14
Sección 2.2 – Si decide cambiar de plan	14
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes	15
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	16
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados	16
SECCIÓN 6 ¿Tiene Preguntas?	17
Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Healthy Advantage (HMO SNP)	17
Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	18
Sección 6.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid	18

SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos de Medicare para el año próximo

Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
Prima mensual	De \$0 a \$31.50	De \$0 a \$38.70
(Usted debe continuar pagando su prima del plan de Medicare Parte B a menos que Medicaid la pague por usted).		

Sección 1.2 – Cambios en la suma máxima de su propio bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto debe pagar “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “suma máxima de su propio bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, en general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y B durante el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
Suma máxima de su propio bolsillo	\$5,000	\$6,250
Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alguna vez alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo.		Una vez que haya pagado \$6,250 de su propio bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B
Si es elegible para la asistencia de Medicaid con los copagos y deducibles		

Costo	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
de la Parte A y la Parte B, usted no es responsable de pagar los costos de su propio bolsillo hasta la suma máxima de su propio bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.		durante el resto del año calendario.
Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos y deducibles) cuentan para su monto máximo de pago en efectivo. Su prima del plan y los costos de los medicamentos recetados no cuentan para calcular la suma máxima de su propio bolsillo.		

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Hay un Directorio de proveedores actualizado en nuestra página web MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo postal un Directorio de proveedores.

Consulte el Directorio de proveedores y farmacias de 2019 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existe un número de motivos por los que su proveedor podría abandonar su plan. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Nos esforzaremos por informarle con una antelación de al menos 30 días que su proveedor abandona su plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para continuar gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión.

- Si se entera que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Las sumas que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia a la cual recurre. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *solo* si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un Directorio de proveedores y farmacias actualizado en nuestra página web MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo postal un 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 beneficios y costos para servicios médicos

Considere que el *Aviso Anual de Cambios* solamente le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Vamos a cambiar nuestra cobertura de determinados servicios médicos en el próximo año. La información que sigue a continuación describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (los servicios cubiertos y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de cobertura 2019*. Se proporciona una copia de la *Evidencia de cobertura* de forma electrónica.

Costo	2018 (Este año)	2019 (Próximo año)
Servicios dentales (suplementarios)	Asignación máxima anual combinada de \$1,250 para servicios preventivos e integrales. Preventivo: tratamiento con flúor: 1 por año. Radiografías dentales: de aleta de mordida: 1 por año.	No hay asignación máxima para los servicios preventivos. \$1,500 de asignación máxima anual para los servicios integrales. Preventivo: tratamiento con flúor: hasta 2 por año. Radiografías dentales: periapicales: hasta 6 por año; de aleta de mordida: hasta 4 por año; panorámicas: 1 cada 5 años.

Costo	2018 (Este año)	2019 (Próximo año)
	Radiografías panorámicas: 1 cada 3 años.	
	Integral: no rutinarios: limpieza de sarro hasta 4 cuadrantes cada 24 meses.	Integral: no rutinarios: limpieza de sarro dental de hasta 4 cuadrantes cada 24 meses; un desbridamiento dental cada año, tratamiento periodontal hasta 2 por 12 meses y tratamiento paliativo de emergencia hasta 4 por año.
	Servicios de restauración: hasta 4 restauraciones por año.	Servicios de restauración: hasta 6 restauraciones por año, no deben exceder un total de 12 superficies por año.
	Extracciones: extracciones sencillas hasta 5 por año.	Extracciones: extracciones simples hasta 8 por año; extracción quirúrgica de dientes erupcionados y retenidos hasta 3 por año.
	Endodoncias: ilimitadas, hasta la asignación máxima de beneficio combinado.	Endodoncias: 1 por diente por año.
	Coronas y restauraciones/reparaciones de coronas: ilimitadas, hasta la asignación máxima de beneficio combinado.	Coronas y restauraciones/reparaciones de coronas: hasta 2 por año, no más de 1 por diente cada 5 años.
	Ajustes de dentaduras postizas: hasta 2 por año.	Ajustes de dentaduras postizas: hasta 4 por año.
	Dentaduras postizas: asignación máxima de \$500 por año, cuenta para la asignación máxima anual combinada de \$1,250.	Dentaduras postizas: 1 cada 5 años.
		Otros servicios: ilimitado en base a la necesidad médica: cirugía bucal con

Costo	2018 (Este año)	2019 (Próximo año)
		sedación profunda; cirugía bucal con sedación intravenosa. Una por diente de por vida: incisión y drenaje intraoral y extraoral.
	Solo aplican ciertos códigos de procedimientos dentales. Para obtener más detalles, consulte la Evidencia de Cobertura.	Solo aplican ciertos códigos de procedimientos dentales. Para obtener más detalles, consulte la Evidencia de Cobertura.
Transporte	Usted abona un copago de \$0 por 24 viajes de ida por año.	Usted abona un copago de \$0 por 48 viajes de ida por año.
Servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios	Usted abona un copago de \$0.	Usted abona 0% o 20% del costo. Si usted es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare mediante Medicaid, usted abona 0% del costo total.
Anteojos (cubiertos por Medicare/suplementarios)	Usted abona un copago de \$0 para los anteojos cubiertos por Medicare. Para el 2018, March Vision Care fue el proveedor designado para sus anteojos cubiertos por Medicare y a los servicios suplementarios de cuidado para la vista.	Usted abona 0% o 20% del costo para los anteojos cubiertos por Medicare. Si usted es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare mediante Medicaid, usted abona 0% del costo total. Para el 2019, Vision Service Plan (VSP) será su proveedor de cuidado para la vista para los anteojos cubiertos por Medicare y los servicios suplementarios de cuidado para la vista.

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

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina formulario o “lista de medicamentos”. Proporcionamos una copia de nuestra lista de medicamentos de forma electrónica.

Hicimos cambios en nuestra lista de medicamentos, incluso en medicamentos que cubrimos y en restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año próximo y consulte si existe alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- **Hable con su médico (u otro recetador) y solicite al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Alentamos a los miembros actuales** a solicitar una excepción antes del próximo año.
 - Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, lea el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- **Pídale al médico (o recetador) que busque un medicamento diferente** que esté cubierto. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma condición médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro provisional de un medicamento que no esté en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o en los primeros 90 días de membresía para evitar un vacío en la terapia. Para 2019, los miembros de las instalaciones de cuidado a largo plazo (LTC) ahora recibirán un suministro temporal que es la misma cantidad de días provisionales suministrados en todos los demás casos: 31 días de medicamento en lugar de la cantidad proporcionada en 2018 (98 días de medicamento). (Para saber más sobre cuándo puede obtener un suministro provisional y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en el cual recibe el suministro provisional de un medicamento, deberá consultar con su médico para decidir qué hará cuando este se termine. Puede cambiar el medicamento por uno diferente que esté cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Las excepciones de formulario actuales estarán cubiertas hasta la fecha de la carta de aprobación que se le envió. Las autorizaciones abarcan años naturales y recibirá una carta nuestra 45 días antes de que venza su autorización actual para recordarle el vencimiento.

La mayoría de los cambios en la lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

A partir de 2019, podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico de la

misma o menor categoría de costos compartidos y con la misma o menor restricción. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos o moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Esto significa que si toma el medicamento de marca que está siendo reemplazado por el nuevo genérico (o el nivel o la restricción en los cambios de medicamentos de marca), ya no recibirá aviso del cambio 60 días antes de que lo hagamos o lo recibamos ni recibirá resurtido de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando un medicamento de marca, igualmente recibirá información sobre el cambio específico que hemos realizado, pero puede recibirla después de que se realice el cambio.

Asimismo, a partir de 2019, antes de realizar otros cambios durante el año a nuestra lista de medicamentos que requieran que le avisemos con anticipación, le enviaremos un aviso 30 en lugar de 60 días antes de realizar el cambio, en caso esté tomando un medicamento. Podemos darle una renovación por 31 días en lugar de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.

Cuando realicemos estos cambios durante el año en la lista de medicamentos, puede seguir trabajando con su médico (u otro recetador) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra lista de medicamentos en la red según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en la lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la Evidencia de Cobertura).

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre costos de medicamentos recetados de la Parte D tal vez no sea aplicable a su caso.** Le hemos enviado un anexo, titulado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para el pago de medicamentos recetados” (también llamada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), en el que se describen los costos por medicamentos que le corresponden. Si recibe “Ayuda Adicional”, pero no ha recibido este anexo antes del 1 de octubre, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida su “cláusula adicional LIS”. Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros figuran en la Sección 6.1 de este cuadernillo.

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

La información a continuación muestra los cambios para el próximo año en las primeras dos etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de brecha en cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, revise su *Resumen de beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa de deducibles

Etapa	2018 (Este año)	2019 (Próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual Durante esta etapa, usted abona el costo total de sus medicamentos en las categorías 3 a 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.	Su monto deducible es de \$0 u \$83 por los medicamentos recetados de la Parte D, excepto los medicamentos enumerados en las categorías 1 y 2 que se excluyen del deducible, según el nivel de “ayuda adicional” que reciba.	Su monto deducible es de \$0 u \$85 por los medicamentos recetados de la Parte D, excepto los medicamentos enumerados en las categorías 1 y 2 que se excluyen del deducible, según el nivel de “ayuda adicional” que reciba.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para obtener información acerca de los copagos y coseguros, revise el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de su bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de cobertura*.

Etapa	2018 (Este año)	2019 (Próximo año)
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo .	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar: Genéricos preferidos - Categoría 1: Usted paga \$0 de copago por receta. Genérico - Categoría 2: Usted paga \$0 de copago por receta. Marca preferida - Categoría 3: Usted paga \$0, \$1.25, o \$3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$3.70, o \$8.35 de copago para todos los otros	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar: Genéricos preferidos - Categoría 1: Usted paga \$0 de copago por receta. Genérico - Categoría 2: Usted paga \$0 de copago por receta. Marca preferida - Categoría 3: Usted paga \$0, \$1.25, o \$3.40 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$3.80, o \$8.50 de copago para todos los otros

Etapa	2018 (Este año)	2019 (Próximo año)
	medicamentos por receta médica. <i>Medicamento no preferido - Categoría 4:</i> Usted paga \$0, \$1.25, o \$3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$3.70, o \$8.35 de copago para todos los otros medicamentos por receta médica. <i>Medicamentos especializados - Categoría 5:</i> Usted paga \$0, \$1.25, o \$3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos). \$0, \$3.70, o \$8.35 de copago para todos los otros medicamentos por receta médica.	medicamentos por receta médica. <i>Medicamento no preferido - Categoría 4:</i> Usted paga \$0, \$1.25, o \$3.40 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) \$0, \$3.80, o \$8.50 de copago para todos los otros medicamentos por receta médica. <i>Medicamentos especializados - Categoría 5:</i> Usted paga \$0, \$1.25, o \$3.40 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos). \$0, \$3.80, o \$8.50 de copago para todos los otros medicamentos por receta médica.
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial (continuación) Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (31 días) cuando surta su receta médica en una farmacia de la red que proporciona costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.	Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$3,750, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha en cobertura).	Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$3,820, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha en cobertura).

Etapa	2018 (Este año)	2019 (Próximo año)
Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en su lista de medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búselos en la lista de medicamentos.		

Cambios en la Etapa de brecha en cobertura y en la Etapa de cobertura catastrófica

La Etapa de brecha en cobertura y la Etapa de cobertura de catástrofe son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para las personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan ninguna de las dos etapas.**

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, revise su *Resumen de beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si decide permanecer en Healthy Advantage (HMO SNP)

Para permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Medicare Original, permanecerá inscrito automáticamente en nuestro plan para 2019.

Sección 2.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el año próximo, pero si desea cambiarse para 2019, siga estos pasos:

Primer paso: Conozca y compare las opciones que tiene

- Puede afiliarse a un plan de salud de Medicare diferente.
- -- O-- También puede cambiar a Medicare Original. Si elige Medicare Original, deberá decidir si quiere afiliarse a un Plan de Medicamentos de Medicare.

La cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. Si elige Medicare Original, deberá decidir si quiere afiliarse a un Plan de Medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2019*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) (consulte la Sección 4) o comuníquese con Medicare (vea la Sección 6.2).

Usted puede encontrar información sobre los planes que hay en su área utilizando el localizador de planes de Medicare en la página web de Medicare. Vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Encontrar planes de salud y medicamentos”. **Aquí, puede encontrar información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Segundo paso: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a **otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará su inscripción en Healthy Advantage (HMO SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se cancelará su inscripción en Healthy Advantage (HMO SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo proceder (los números de teléfono están en la Sección 6.1 de este cuadernillo).
 - **O** comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si cambia a Medicare Original y **no** se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original el próximo año, puede hacerlo desde ahora hasta el 31 de diciembre. Su cambio tendrá vigencia a partir del 1 de enero, 2019.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellos por quienes “Ayuda Adicional” paga por sus medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura del empleador y aquellos que se mudan del área de servicio podrían hacer un cambio en otro momento del año. A partir de 2019, habrá nuevos límites sobre la frecuencia en la que puede cambiar de plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.1, de la *Evidencia de cobertura*.

Aviso: A partir del 1 de enero de 2019, si está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan.

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin una cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin una 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 2.3, de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Utah, el SHIP es conocido como *Division of Aging and Adult Services*.

Division of Aging and Adult Services es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguro o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a los beneficiarios de Medicare. Los asesores de Division of Aging and Adult Services pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Podrán ayudarlo a comprender sus opciones dentro del Plan de Medicare y responderán a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro. También puede llamar al Division of Aging and Adult Services al Contactos de los condados:

Davis: (801) 525-5050

Salt Lake: (385) 468-3200

Utah: (801) 229-3800

Weber: (801) 625-3770

Teléfono general a nivel estatal: (800) 541-7735 Puede conocer más sobre Division of Aging and Adult Services visitando su página web (<http://www.hsdaas.utah.gov>).

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Medicaid, comuníquese con Utah Department of Health: Division of Medicaid & Health Financing al Área de Salt Lake: (801) 538-6155

Otras áreas: (800) 662-9651 , TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora de la montaña. Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid.

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. A continuación, enumeramos los diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Debido a que cuenta con Medicaid, usted ya está inscrito en la ‘Ayuda Adicional’, también llamada Subsidio por bajos ingresos. La Ayuda Adicional paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguros. Ya que usted califica, no tendrá una brecha en cobertura ni serán sancionados con multas por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la Ayuda adicional, utilice la siguiente información para comunicarse:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden 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 a.m. y 7 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Washington tiene un programa llamado que ayuda a las personas a pagar medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad o afección médica. Para conocer más sobre este programa revise con su programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado (el nombre y los números telefónicos de esta organización se encuentran en la Sección4 de este cuadernillo).
- **Costo compartido de recetas médicas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos del VIH (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/subasegurado. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido en las recetas médicas a través del Utah State Department of Health ADAP. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al (801) 538-6197.

SECCIÓN 6 ¿Tiene Preguntas?

Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Healthy Advantage (HMO SNP)

¿Tiene Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (877) 644-0344. (Sólo para usuarios de teléfonos de texto (TTY), llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de cambios en sus beneficios y costos para 2019. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura* 2019 para 2019. 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 obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Se proporciona una copia de la *Evidencia de Cobertura* de manera electrónica.

Visite nuestra página web

También puede visitar nuestra página web en MolinaHealthcare.com/Medicare. Como recordatorio: nuestra página web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (directorio

de proveedores y farmacias) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Comuníquese con 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 la página web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Tiene información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Usted puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el localizador de planes de Medicare en la página web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”).

Lea *Medicare y Usted 2019*

Puede leer el Manual *Medicare y Usted 2019*. Este folleto se envía todos los años en otoño a todas las personas que tienen Medicare. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responde a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no cuenta con un ejemplar de este cuadernillo, puede obtenerlo en el sitio de Medicare en Internet (<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.

Sección 6.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar al Utah Department of Health: Division of Medicaid & Health Financing al Área de Salt Lake: (801) 538-6155

Otras áreas: (800) 662-9651 . Los usuarios de TTY deben llamar al TTY: 711.



Servicios para miembros (877) 644-0344, TTY/TDD 711
7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.