

EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO) ofrecido por HIP Health Plan of New York (HIP)/EmblemHealth

Aviso anual de cambios para 2019

Actualmente, está inscrito como miembro de EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto informa sobre los cambios.*

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

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican a usted?

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si estos le afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que esta cubrirá sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.5 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto respecto de nuestra cobertura de medicamentos de receta para ver si estos le afectan.
 - ¿Sus medicamentos estarán cubiertos?
 - ¿Sus medicamentos se encuentran en una categoría diferente, con una participación en los costos distinta?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como la necesidad de aprobación de parte nuestra antes de llenar su receta?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar estas farmacias?
 - Revise la Lista de medicamentos de 2019 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que sus costos de medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos de bolsillo anuales durante el año. Para obtener información

adicional sobre el precio de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos tableros resaltan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información del precio de los medicamentos año a año. Tenga en cuenta que sus beneficios del plan determinarán exactamente cuánto pueden llegar a cambiar sus costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores formarán parte de nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos se encuentran en nuestra red?
 - ¿Y qué sucede con los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- Piense en sus costos generales de cuidado de la salud.
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos de receta que usa regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en primas y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Conozca otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).
 - Revise la lista que se encuentra en el reverso de su manual Medicare & You.
 - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Cuando reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si desea **continuar** con EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO), no debe hacer nada. Permanecerá en EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO).
- Para cambiar a **otro plan** que podría satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo 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**, permanecerá en EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO).
- Si **se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, su cobertura nueva comenzará el 1.º de enero de 2019.

Recursos adicionales

- Este documento se encuentra disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con el número de Servicio de atención al cliente al 1-877-344-7364 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) El horario es de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana.
- Esta información también está disponible en otros formatos, como tamaño de letra grande y braille. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente a los números que figuran más arriba.
- ATTENTION: If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-344-7364 (TTY 711).
- ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición, gratis, servicios de ayuda para idiomas. Llame al 1-877-344-7364 (TTY 711).
- **La cobertura conforme a este Plan califica como cobertura de salud calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

Acerca de EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO)

- HIP Health Plan of New York (HIP) es un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) que tiene contrato con Medicare. La inscripción en HIP depende de la renovación del contrato. HIP es una empresa de EmblemHealth.
- Cuando en este folleto diga “nosotros”, “nos” o “nuestro”, esto significa HIP/EmblemHealth. Cuando diga “plan” o “nuestro plan”, significa EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO).

Resumen de costos importantes para 2019

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2018 y los costos de 2019 de EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este Aviso anual de cambios** y revisar la *Evidencia de cobertura* para ver si otros cambios en los beneficios o los costos le afectan a usted.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este importe. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$297.00	\$298.00
Importe máximo de bolsillo Esto es lo <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 detalles.)	\$6,700	\$6,700
Visitas al consultorio médico	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$0 por visita	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$0 por visita
Estancias hospitalarias de pacientes ingresados Incluye cuidados intensivos de pacientes ingresados, rehabilitación de pacientes ingresados, hospitales de atención de largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios de pacientes ingresados. La estancia hospitalaria del paciente ingresado comienza el día en que ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. El día anterior a recibir el alta es su último día de	Días 1 a 10: Copago de \$195 por día. Días 11 a 90: Copago de \$0 por día.	Días 1 a 10: Copago de \$195 por día. Días 11 a 90: Copago de \$0 por día.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
paciente ingresado.		
<p>Cobertura de medicamentos de receta Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles.)</p>	<p>Deducible: \$200 Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Participación estándar en los costos: Usted paga \$3 por receta. Participación preferida en los costos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: Participación estándar en los costos: Usted paga \$20 por receta. Participación preferida en los costos: Usted paga \$10 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Participación estándar en los costos: Usted paga \$47 por receta. Participación preferida en los costos: Usted paga \$40 por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Participación estándar en los costos: Usted paga \$100 por receta. Participación preferida en los costos: Usted paga \$95 por receta.</p>	<p>Deducible: \$200 Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Participación estándar en los costos: Usted paga \$3 por receta. Participación preferida en los costos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: Participación estándar en los costos: Usted paga \$20 por receta. Participación preferida en los costos: Usted paga \$10 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Participación estándar en los costos: Usted paga \$47 por receta. Participación preferida en los costos: Usted paga \$40 por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Participación estándar en los costos: Usted paga \$100 por receta. Participación preferida en los costos: Usted paga \$95 por receta.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
	Medicamentos especializados: Usted paga el 29 % por receta.	Medicamentos especializados: Usted paga el 29 % por receta.

Aviso anual de cambios para 2019

Índice

Resumen de costos importantes para 2019.....	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	5
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual.....	5
Sección 1.2: Cambios en su importe máximo de 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 de receta Parte D	8
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	13
SECCIÓN 3 Decisión de qué plan elegir	14
Sección 3.1: Si desea permanecer en EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO)	14
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan.....	14
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan	15
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare.....	15
SECCIÓN 6 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos de receta	16
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?.....	17
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO).....	17
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare	17

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B.)	\$297.00	\$298.00

- Su prima mensual del plan será *mayor* si usted debe pagar una multa por inscripción atrasada de la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que tenga, como mínimo, la misma calidad de la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si sus ingresos son mayores, es posible que deba pagar un importe adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos de receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda Adicional” con los costos de los medicamentos de receta.

Sección 1.2: Cambios en su importe máximo de bolsillo

Con el fin de protegerle, Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “importe máximo de bolsillo”. Cuando alcanza este importe, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Importe máximo de bolsillo	\$6,700	\$6,700
Sus costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para su importe máximo de bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos de receta no cuentan para su importe máximo de bolsillo.		Cuando haya pagado \$6,700 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

El próximo año se aplicarán cambios en nuestra red de proveedores. El Directorio de proveedores actualizado está disponible en nuestro sitio web en www.emblemhealth.com/medicare. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo el Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2019 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

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

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible de buena fe por avisarle con 30 días de anticipación, como mínimo, que su proveedor dejará nuestro plan, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un proveedor calificado nuevo, quien seguirá administrando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que recibe, y trabajaremos con usted para garantizar esto.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se administra de manera adecuada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o su especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un proveedor nuevo y administrar su atención.

Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias

Es posible que los importes que usted paga por los medicamentos de receta dependan de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se llenan en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con participación preferida en los costos, que pueden ofrecerle una participación en los costos más baja que la participación estándar en los costos que ofrecen otras farmacias de la red para determinados medicamentos.

El próximo año se aplicarán cambios en nuestra red de farmacias. El Directorio de farmacias actualizado está disponible en nuestro sitio web en www.emblemhealth.com/medicare. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo el Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2019 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

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

Cambiaremos nuestra cobertura de determinados servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios. Para conocer los detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (Lo que está cubierto y lo que paga usted)*, de su *Evidencia de cobertura de 2019*.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20, y un copago de \$164 por día para los días 21 a 100.	Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20, y un copago de \$172 por día para los días 21 a 100.
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$75, o un copago de \$0 si lo internan en 1 día.	Usted paga un copago de \$90, o un copago de \$0 si lo internan en 1 día.
Cobertura en todo el mundo (atención de emergencia/cobertura urgente)	Usted paga un copago de \$75, o un copago de \$0 si lo internan en 1 día.	Usted paga un copago de \$90, o un copago de \$0 si lo internan en 1 día.
Observación en el hospital	Usted paga un copago de \$75.	Usted paga un copago de \$275.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Cirugía ambulatoria	Usted paga un copago de \$200.	Usted paga un copago de \$225.
Ambulancia aérea	Usted paga un copago de \$75.	Usted paga el 20 % del costo total.
Medicamentos de la Parte B	Usted paga el 20 % del costo total. Se requiere de autorización previa.	Usted paga el 20 % del costo total. Se requiere de autorización previa. Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.
Suministros para diabéticos	Se aplican límites de cantidad. Tiras reactivas: 6 por día Lancetas: No hay límite	Se aplican límites de cantidad. Tiras reactivas y lancetas: 5 tiras reactivas y lancetas por día para los usuarios de insulina y 4 tiras reactivas y lancetas por día para no usuarios de insulina.

Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos de receta Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Farmacopea o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia de la Lista de medicamentos por vía electrónica.

Efectuamos cambios en nuestra Lista de medicamentos, lo que incluye cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

Si un cambio en la cobertura de medicamentos le afecta, puede hacer lo siguiente:

- **Trabaje con su médico (u otro profesional autorizado para recetar) y solicítele al plan que haga la excepción** de cubrir el medicamento. **Recomendamos a los miembros actuales** que soliciten la excepción antes del próximo año.

- A fin de saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* (*¿Qué hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]?*) o llame al Servicio de atención al cliente.
- **Trabaje con su médico (u otro profesional autorizado para recetar) a fin de buscar otro medicamento** que cubramos. Puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica.

En algunas situaciones, se nos exige que cubramos un suministro temporal de un medicamento que no está en la Farmacopea durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar la interrupción de la terapia. Para 2019, los miembros en centros de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) recibirán un suministro temporal por la misma cantidad de días de suministro temporal que se proporciona en todos los otros casos: 30 días de medicamentos en lugar de la cantidad proporcionada en 2018 (91 a 98 días de medicamentos). (Para obtener más información sobre cuándo puede recibir un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se acabe el suministro temporal. Puede cambiar por otro medicamento cubierto por el plan, o bien solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual.

Si cuenta con una excepción actual de la Farmacopea para 2018, debe presentar una excepción nueva para 2019. Puede presentar su solicitud de excepción de la Farmacopea para 2019 antes de 2019 y, si se aprueba, su excepción de la Farmacopea entrará en vigencia en 2019.

La mayor parte de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el inicio de cada año. Sin embargo, es posible que, durante el año, hagamos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

A partir de 2019, podremos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico de la misma categoría de participación en los costos, o una categoría menor, y con las mismas restricciones, o menos restricciones. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podremos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo de inmediato a otra categoría de participación en los costos o agregar restricciones nuevas. Esto significa que si usted está tomando el medicamento de marca que se reemplazará con el nuevo medicamento genérico (o si hay cambios en la categoría o las restricciones del medicamento de marca), ya no recibirá un aviso del cambio 60 días antes de que lo implementemos ni obtendrá una recarga de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que hagamos, pero puede que la reciba después de que se implemente el cambio.

Además, a partir de 2019, antes de que hagamos otros cambios durante el año en nuestra Lista de medicamentos que requieran que le proporcionemos un aviso con anticipación si está tomando un medicamento, le proporcionaremos un aviso 30, en vez de 60, días antes de que implementemos

el cambio. O le daremos una recarga de 30 días, en vez de 60 días, de su medicamento de marca en una farmacia de la red.

Cuando hagamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, usted podrá seguir trabajando con su médico (u otro profesional autorizado para recetar) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según el cronograma y proporcionaremos otra información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos llegar a implementar en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la Evidencia de cobertura).

Cambios en los costos de los medicamentos de receta

Nota: Si se encuentra en un programa que ayuda con el pago de sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de receta Parte D no se aplique a usted.** Le enviamos un folleto por separado, denominado “Cláusula de la Evidencia de cobertura para quienes reciben ayuda adicional para sus medicamentos de receta” (también denominada “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” [Low Income Subsidy, LIS]), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este folleto antes del 30 de septiembre de 2018, llame al Servicio de atención al cliente y solicite la “Cláusula LIS”. Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente figuran en la Sección 7.1 de este folleto.

Existen cuatro “etapas de pago de medicamentos”. La cantidad que usted paga por un medicamento Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en que se encuentra. (Para obtener más información sobre las etapas, puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de cobertura*).

La siguiente información muestra los cambios para el próximo año respecto de las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanza las otras dos etapas: la Etapa de interrupción de cobertura o la Etapa de cobertura en situación catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa de deducible

Etapas	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de marca preferidos, medicamentos no preferidos y medicamentos especializados hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$200.</p> <p>Durante esta etapa usted paga:</p> <p>\$3 de participación estándar en los costos por receta y \$0 de participación preferida en los costos por receta para medicamentos en la categoría de Medicamentos genéricos preferidos; y</p> <p>\$20 de participación estándar en los costos por receta y \$10 de participación preferida en los costos por receta para medicamentos en la categoría Medicamentos genéricos; y</p> <p>el costo total de los medicamentos en las categorías de medicamentos de marca preferidos, no preferidos y de especialidad hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$200.</p> <p>Durante esta etapa usted paga:</p> <p>\$3 de participación estándar en los costos por receta y \$0 de participación preferida en los costos por receta para medicamentos en la categoría de Medicamentos genéricos preferidos; y</p> <p>\$20 de participación estándar en los costos por receta y \$10 de participación preferida en los costos por receta para medicamentos en la categoría Medicamentos genéricos; y</p> <p>el costo total de los medicamentos en las categorías de medicamentos de marca preferidos, no preferidos y de especialidad hasta que alcance el deducible anual.</p>

Cambios en la participación en los costos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos de bolsillo que podría pagar por los medicamentos cubiertos*, de su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Cuando usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su participación en el costo de sus medicamentos y usted paga la suya.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes recargado en una farmacia de la red con participación estándar o preferida en los costos:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos:</p> <p>Participación estándar en los costos: Usted paga \$3 por receta.</p> <p>Participación preferida en los costos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos:</p> <p>Participación estándar en los costos: Usted paga \$20 por receta.</p> <p>Participación preferida en los costos: Usted paga \$10 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos:</p> <p>Participación estándar en los costos: Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Participación preferida en los costos: Usted paga \$40 por receta.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes recargado en una farmacia de la red con participación estándar o preferida en los costos:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos:</p> <p>Participación estándar en los costos: Usted paga \$3 por receta.</p> <p>Participación preferida en los costos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos:</p> <p>Participación estándar en los costos: Usted paga \$20 por receta.</p> <p>Participación preferida en los costos: Usted paga \$10 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos:</p> <p>Participación estándar en los costos: Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Participación preferida en los costos: Usted paga \$40 por receta.</p>

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos de esta hilera corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando usted llena su receta en una farmacia de la red que proporciona participación estándar en los costos. Para obtener información sobre los costos de un suministro de largo plazo o del pedido de recetas por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en una categoría diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Medicamentos no preferidos: Participación estándar en los costos: Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Participación preferida en los costos: Usted paga \$95 por receta.</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga el 29 % por receta.</p> <hr/> <p>Cuando el total de sus costos de medicamentos sea de \$3,545, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de interrupción de cobertura).</p>	<p>Medicamentos no preferidos: Participación estándar en los costos: Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Participación preferida en los costos: Usted paga \$95 por receta.</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga el 29 % por receta.</p> <hr/> <p>Cuando el total de sus costos de medicamentos sea de \$3,605, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de interrupción de cobertura).</p>

Cambios en las Etapas de interrupción de cobertura y cobertura en situación catastrófica

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

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

- A partir del 1.º de enero de 2019, puede obtener cobertura de medicamentos de receta Parte D en la Categoría 5: medicamentos especializados (categoría más alta) únicamente para un suministro de un mes. No podrá obtener un suministro a largo plazo de 90 días de medicamentos especializados. No hay ningún cambio sobre cuánto deberá pagar por medicamentos especializados en 2019.

SECCIÓN 3 Decisión de qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea permanecer en EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO)

Si desea permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, permanecerá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para 2019.

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar para 2019, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- *O BIEN*, puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare o no.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare & You 2019*, llame a su Programa estatal de asistencia con seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre planes en su área usando el Buscador de planes 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). **Aquí podrá encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes Medicare.**

Le recordamos que EmblemHealth ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los importes de participación en los costos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse **a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el plan nuevo. Su inscripción en EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos de receta**, inscribese en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos de receta**, debe hacer lo siguiente:

- Envíenos una solicitud de cancelación de inscripción por escrito. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (Los números de teléfono figuran en la Sección 7.1 de este folleto).
- 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 cancelen 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 otro plan o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2019.

¿Hay otros momentos del año para efectuar un cambio?

En determinadas situaciones, también se permite hacer cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, de las personas con Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda Adicional” en el pago de sus medicamentos, aquellas que tienen o dejan la cobertura del empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicio tienen permitido efectuar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

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

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2019, y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de receta de Medicare) o cambiar a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de receta de Medicare) entre el 1.º 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 consejería gratuita sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia con seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En el estado de Nueva York, el SHIP se denomina Programa de asesoramiento y asistencia del seguro médico (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP).

El HIICAP es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consejería **gratuita** local sobre seguros de salud a personas con Medicare. Los consejeros del HIICAP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar al HIICAP al **1-800-701-0501**. Para obtener más información sobre el HIICAP, visite el sitio web (www.aging.ny.gov).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos de receta

Puede calificar para recibir ayuda con el pago de los medicamentos de receta. A continuación, detallamos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” para pagar los costos de medicamentos de receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidos primas mensuales de sus medicamentos de receta, coseguro y deducibles anuales. Además, aquellas personas que califiquen para este programa no estarán afectadas por la interrupción de cobertura ni deberán pagar la multa por inscripción atrasada. Muchas personas son elegibles y no lo saben. Para saber si califica, 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 de Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7:00 am y las 7:00 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - La Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** El estado de Nueva York cuenta con un programa denominado *Programa de cobertura de seguro farmacéutico para personas mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage Program, EPIC)* que ayuda a las personas con el pago de los medicamentos de receta en función de sus necesidades financieras, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia con seguros de salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización figuran en la Sección 5 de este folleto).
- **Asistencia con la participación en los costos de recetas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que padecen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que ayudan a salvar vidas. Las personas deben satisfacer determinados criterios, lo que incluye prueba de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo defina el estado y condición de persona sin seguro/con infraseguro. Los medicamentos de receta de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir asistencia con la participación en los costos de recetas mediante el Programa de atención para personas con VIH sin seguro del estado de Nueva York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de atención para personas con VIH sin seguro del estado de Nueva York al 1-800-542-2437 (para residentes del estado de Nueva York) o al 1-518-459-1641 (para personas que no residen en el estado de Nueva York) (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-518-459-0121), o escriba al Programa de atención para personas con VIH sin seguro del estado de Nueva York a Empire Station, PO Box 2052, Albany, NY 12220-0052. O bien, visite el sitio web en www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Servicio de atención al cliente al 1-877-344-7364. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas los 7 días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2019. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2019* de EmblemHealth VIP Gold Plus (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Allí se explican sus derechos y las reglas que debe cumplir para obtener los medicamentos de receta y los servicios cubiertos. Una copia de la *Evidencia de cobertura* estará disponible en nuestro sitio web www.emblemhealth.com/medicare para el 15 de octubre de 2018 o puede solicitar una si llama al Servicio de atención al cliente al 1-877-344-7364 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.emblemhealth.com/medicare. A modo de recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Farmacopea/Lista de medicamentos).

Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 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>). Este incluye información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre planes disponibles en su área usando el Buscador de planes Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite

<https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y de medicamentos]).

Lea *Medicare & You 2019*

Puede leer el manual *Medicare & You 2019*. Todos los años en otoño, este folleto se envía por correo postal a las personas que tienen Medicare. Allí se incluye un resumen de las protecciones, los derechos y los beneficios de Medicare, y respuestas a las preguntas frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o 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.