

EmblemHealth Affinity Medicare Passport Essentials (HMO) ofrecido por HIP Health Plan of New York (HIP)/EmblemHealth

Notificación anual de cambios para 2019

Usted está actualmente inscrito como miembro de EmblemHealth Affinity Medicare Passport Essentials. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa los cambios.*

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

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Es importante hacer una revisión de su cobertura ahora para asegurarse de que cumpla con sus necesidades para el próximo año.
 - ¿Estos cambios influyen en los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1 y 2 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique en el folleto los cambios en nuestra cobertura de medicamentos con receta médica para ver si lo afectan.
 - ¿Sus medicamentos tendrán cobertura?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel distinto, con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, que necesiten nuestra aprobación antes de que pueda surtir su receta?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios con respecto al costo de utilizar esta farmacia?
 - Revise la Lista de Medicamentos 2019 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pudieran estar disponibles para usted; esto puede ayudarle a ahorrar en sus gastos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener información adicional sobre precios de medicamentos visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos tableros destacan cuáles son los fabricantes

que han aumentado sus precios y también muestran otra información sobre cómo han variado los precios de medicamentos año tras año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto varían los costos de sus medicamentos.

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

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

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

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

- Si desea **conservar** EmblemHealth Affinity Medicare Passport Essentials, no necesita hacer nada. Permanecerá en EmblemHealth Affinity Medicare Passport Essentials.
- Para cambiar a un **plan diferente** que se adapte mejor a sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, inscríbase en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2018**

- Si **no se inscribe en un plan diferente antes del 7 de diciembre de 2018**, permanecerá en EmblemHealth Affinity Medicare Passport Essentials.

- 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

- Esta información está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con Servicio al cliente llamando al 1-877-344-7364. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
- Esta información está disponible en diferentes formatos, que incluyen letra grande, grabaciones de audio y 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 ofrece este plan califica como cobertura habilitante de salud (Qualifying Health Coverage, QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de EmblemHealth Affinity Medicare Passport Essentials

- HIP Health Plan of New York es un plan HMO con contrato de Medicare. La inscripción en HIP depende de la renovación del contrato. HIP es una compañía EmblemHealth.
- A lo largo de este folleto, los términos “nosotros” o “nuestro” se refieren a HIP/EmblemHealth. Los términos “plan” o “nuestro plan” se refieren a EmblemHealth Affinity Medicare Passport Essentials.

H5991_ANOCEssentialsHMO19SP_M Presentación y uso 08272018

Resumen de los costos importantes para 2019

La tabla que aparece a continuación compara los costos de 2018 con los costos de 2019 de nuestro plan en varias áreas de importancia. **Tenga en cuenta que este es únicamente un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de la presente *Notificación anual de cambios* y hacer una revisión de la *Evidencia de cobertura* para ver si lo afectan los demás cambios de beneficios o costos.** En nuestro sitio web, www.emblemhealth.com/medicare, se incluye una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede comunicarse con nuestro Servicio al cliente para solicitar que le enviemos una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$0	\$0
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$5,400	\$5,700
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: copago de \$5 por visita Visitas a especialistas: copago de \$35 por visita	Visitas de atención primaria: copago de \$5 por visita Visitas a especialistas: copago de \$35 por visita

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Estadías en el hospital como paciente internado</p> <p>Incluye servicios hospitalarios intensivos, de rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes internados. La atención de pacientes internados comienza el día en que es hospitalizado formalmente por prescripción médica. El día anterior al alta es su último día como paciente internado.</p>	<p>copago de \$2905 por día para los días 1 a 6</p> <p>copago de \$0 por día para los días 7 a 90</p> <p>copago de \$0 por día para los días del 91 en adelante</p>	<p>copago de \$310 por día para los días 1 a 6</p> <p>copago de \$0 por día para los días 7 a 90</p> <p>copago de \$0 por día para los días del 91 en adelante</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$250</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: copago de \$0 • Nivel 2 de medicamentos: copago de \$10 • Nivel 3 de medicamentos: copago de \$47 • Nivel 4 de medicamentos: copago de \$100 • Nivel 5 de medicamentos: 28% del costo 	<p>Deducible: \$295</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: copago de \$1 • Nivel 2 de medicamentos: copago de \$12 • Nivel 3 de medicamentos: copago de \$47 • Nivel 4 de medicamentos: copago de \$100 • Nivel 5 de medicamentos: 27% del costo

Notificación anual de cambios para 2019

Índice

Resumen de los costos importantes para 2019	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	4
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2: Cambios en la cantidad de sus gastos máximos de bolsillo	5
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores	5
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias	6
Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos	6
Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D	8
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	13
SECCIÓN 3 Decidir qué plan escoger	13
Sección 3.1: Si desea quedarse en nuestro plan	13
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan	14
SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de planes	14
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	15
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta médica	16
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?.....	17
Sección 7.1: Obtener ayuda de nuestro plan	17
Sección 7.2: Obtener ayuda de Medicare	17

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

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

Sección 1.2: Cambios en la cantidad de sus gastos máximos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige a todos los planes de salud limitar cuánto paga de su "bolsillo" a lo largo del año. Este límite se denomina "cantidad máxima de gastos de bolsillo". Una vez alcanzada esta cantidad, usted generalmente 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)
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Los costos de los medicamentos con receta médica no cuentan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo.	\$5,400	\$6,700 Una vez que haya alcanzado los \$6,700 de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada más por sus 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

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.emblemhealth.com/medicare podrá encontrar un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar a Servicio al cliente para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un Directorio de proveedores. **Consulte 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 hemos hecho cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Hay varias razones por las cuales su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar a lo largo del año, Medicare requiere que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Realizaremos un esfuerzo con buena intención para notificarle al menos 30 días antes que su proveedor se retira de nuestro plan, para que tenga tiempo de elegir otro.
- Le brindaremos asistencia en la selección de un nuevo proveedor calificado para continuar satisfaciendo sus necesidades de atención médica.

- Si se está sometiendo a un tratamiento médico, usted tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros trabajaremos con usted para garantizar esto.
- Si considera que no le hemos ofrecido un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de manera adecuada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista está dejando su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención.

Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias

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

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Podrá encontrar un Directorio de Farmacias actualizado en nuestro sitio web: www.emblemhealth.com/medicare. También puede llamar al Servicio al cliente para obtener información actualizada de proveedores o para solicitar que le enviemos un Directorio de farmacias por correo postal. **Consulte el Directorio de farmacias 2019 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

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

Para el próximo año, introduciremos cambios en la cobertura de ciertos servicios médicos. La información presentada a continuación describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos por estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*, en su *Evidencia de cobertura de 2019*.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Ambulancia	Paga un copago de \$300 por cada viaje de ida en ambulancia por tierra cubierto por Medicare.	Paga un copago de \$275 por cada viaje de ida en ambulancia por tierra cubierto por Medicare.
	Paga un copago de \$300 por cada viaje de ida en ambulancia por aire cubierto por Medicare.	Paga un copago de \$275 por cada viaje de ida en ambulancia por aire cubierto por Medicare.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Atención de emergencia	Paga un copago de \$80 por cada visita de sala de emergencia cubierta por Medicare.	Paga un copago de \$90 por cada visita de sala de emergencia cubierta por Medicare.
Hospital para pacientes internados	Paga un copago de \$295 por día para los días 1 a 6 copago de \$0 por día para los días 7 a 90 copago de \$0 por día para los días del 91 en adelante.	Paga un copago de \$310 por día para los días 1 a 6 copago de \$0 por día para los días 7 a 90 copago de \$0 por día para los días del 91 en adelante.
Pacientes internados psiquiátricos	Paga un copago de \$260 por día para los días 1 a 6 copago de \$0 por día para los días 7 a 90.	Paga un copago de \$275 por día para los días 1 a 6 copago de \$0 por día para los días 7 a 90.
Procedimientos/Pruebas de diagnósticos ambulatorios	Paga un copago de \$15 por cada procedimiento/prueba de diagnóstico ambulatorio cubierta por Medicare.	Paga 20% del costo por cada procedimiento/prueba de diagnóstico ambulatorio cubierta por Medicare
Rehabilitación pulmonar	Paga un copago de \$30 por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.	Paga un copago de \$10 por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.
Centro de enfermería especializada	Paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20 copago de \$167.50 por día para los días 21 a 100 por cada estadía en un Centro de enfermería especializada.	Paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20 copago de \$172 por día para los días 21 a 100 por cada estadía en un Centro de enfermería especializada.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Cuidado urgente	Paga un copago de \$20 por cada visita de cuidado urgente cubierta por Medicare.	Paga un copago de \$30 por cada visita de cuidado urgente cubierta por Medicare.
Cobertura de emergencia/atención de urgencias en todo el mundo	Paga un copago de \$80 por cada visita de atención de emergencia en todo el mundo.	Paga un copago de \$90 por cada visita de atención de emergencia en todo el mundo.
	Paga un copago de \$80 por cada visita de atención de urgencia en todo el mundo.	Paga un copago de \$90 por cada visita de atención de urgencia en todo el mundo.
	Paga un copago de \$80 por cada transporte de emergencia en todo el mundo.	Paga un copago de \$90 por cada transporte de emergencia en todo el mundo.

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o "Lista de medicamentos". En este sobre, se incluye una copia de nuestra Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos incluida en este sobre comprende muchos de los medicamentos que cubriremos el próximo año, pero no todos. Si usted no encuentra su medicamento en esta lista, podría estar igualmente cubierto. **Puede obtener una Lista de medicamentos *completa*** llamando a Servicio al cliente (vea la contraportada) o visite nuestro sitio web (www.emblemhealth.com/medicare).

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

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

- **Colaborar con su médico (u otro profesional que emita las recetas) y solicitar al plan que haga la excepción** de cubrir el medicamento. **Invitamos a los miembros actuales** a solicitar una excepción antes del próximo año.

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

En algunas situaciones, se nos pide que cubramos un suministro temporal de un medicamento que no está incluido en el formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de afiliación para evitar una interrupción en el tratamiento.

Las excepciones actuales en el formulario se traspasarán al año próximo, según el período de inicio de la asignación de excepción.

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

A partir de 2019, es posible que eliminemos de inmediato un medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos si, al mismo momento, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido u otro menor y con las mismas restricciones o menos. Asimismo, cuando se agrega un nuevo medicamento genérico, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero decidamos de inmediato trasladarlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Esto significa que si está tomando un medicamento de marca que está siendo reemplazado por el nuevo genérico (o se modifica el nivel o la restricción del medicamento de marca), no siempre recibirá una notificación del cambio con 60 días de anticipación antes de que lo hagamos u obtendrá un resurtido para 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, igualmente recibirá la información sobre el cambio específico que realizamos, pero puede llegar después de que realicemos el cambio.

Asimismo, a partir de 2019, antes de hacer otros cambios a nuestra Lista de medicamentos durante el año que nos exijan que le brindemos una notificación anticipada si está tomando un medicamento, vamos a ofrecerle notificación 30, en lugar de 60, días antes de hacer el cambio. O bien, le daremos un resurtido para 30 días, en lugar de 60, de su medicamento de marca en una farmacia de la red.

Cuando realizamos estos cambios a la Lista de medicamentos durante el año, igualmente puede atenderse con su médico (u otro profesional que emita la receta médica) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También vamos a seguir actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo previsto y brindaremos nueva información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer a la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de Evidencia de cobertura.)

Cambios en los costos de los medicamentos con receta médica

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

Hay cuatro "etapas en el pago de medicamentos". Cuánto paga por un medicamento de la Parte D depende de en qué etapa del pago del medicamento se encuentre. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información que aparece a continuación presenta los cambios para el próximo año en las primeras dos etapas: la etapa del deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: la Etapa sin cobertura o la Etapa de cobertura por eventos catastróficos). Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*. En nuestro sitio web, www.emblemhealth.com/medicare, se incluye una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede comunicarse con nuestro Servicio al cliente para solicitar que le enviemos una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, nivel 4 y nivel 5 hasta llegar al deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$250.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga costo compartido de copago de \$0 para medicamentos del Nivel 1, costo compartido de copago de \$10 para medicamentos del Nivel 2 y el costo total de medicamentos del Nivel 3, nivel 4 y nivel 5 hasta alcanzar el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$295.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga costo compartido de copago de \$1 para medicamentos del Nivel 1, costo compartido para medicamentos del Nivel 2, copago de \$12 costo compartido para medicamentos de y el costo total de los medicamentos del Nivel 3, nivel 4 y nivel 5 hasta alcanzar el deducible anual.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

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

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que haya pagado el deducible anual, usted pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos de esta línea corresponden al suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red</p>	<p>Su costo para el suministro de un mes que se haya despachado en una farmacia de la red con costos compartidos normales:</p> <p>Nivel 1: Genéricos preferidos:</p> <p>Paga copago de \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: Genéricos:</p>	<p>Su costo para el suministro de un mes que se haya despachado en una farmacia de la red con costos compartidos normales:</p> <p>Nivel 1: Genéricos preferidos:</p> <p>Paga copago de \$1 por receta.</p> <p>Nivel 2: Genéricos:</p> <p>Paga copago de \$12 por receta.</p>

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>que ofrece costos compartidos estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos para un suministro a largo plazo; o para recetas mediante pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Paga copago de \$10 por receta.</p> <p>Nivel 3: De marca preferida:</p> <p>Paga copago de \$47 por receta.</p>	<p>Nivel 3: De marca preferida:</p> <p>Paga copago de \$47 por receta.</p>
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Cambiamos el nivel para algunos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel distinto, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Nivel 4: De marca no preferida:</p> <p>Paga copago de \$100 por receta.</p> <p>Nivel 5: Nivel de especialidad:</p> <p>Usted paga 28% del costo.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos alcanzan \$3,750, pasará a la siguiente etapa (la Etapa sin cobertura).</p>	<p>Nivel 4: De marca no preferida:</p> <p>Paga copago de \$100 por receta.</p> <p>Nivel 5: Nivel de especialidad:</p> <p>Usted paga 27% del costo.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos alcanzan \$3,820, pasará a la siguiente etapa (la Etapa sin cobertura).</p>

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

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

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Servicios del centro quirúrgico ambulatorio	Se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa para cirugías de columna.
Pacientes internados intensivos	Se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa para cirugías de columna.
Servicios de diagnóstico y radiología terapéutica para pacientes ambulatorios	Se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa para la realización de pruebas de esfuerzo nucleares y tomografías computarizadas de emisión monofotónica.
Servicios hospitalarios para pacientes en consulta externa	<u>No</u> se requiere autorización previa para una colonoscopia (cuando no se realice a través de estoma).	<p><u>No</u> se requiere autorización previa para una colonoscopia (cuando no se realice a través de estoma).</p> <p>Se requiere autorización previa para inyecciones de facetas, inyecciones epidurales, terapia hiperbárica y estimulación magnética transcraneal.</p>

SECCIÓN 3 Decidir qué plan escoger

Sección 3.1: Si desea quedarse en nuestro plan

Para quedarse en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no opta por suscribirse en un plan distinto o cambiar a Original Medicare antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para 2019.

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos contarle entre los miembros para el próximo año, pero si desea cambiar para 2019, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- *O*-- puede optar por Original Medicare. Si cambia por Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en el plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2019*, comuníquese con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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

Paso 2: Cambie su cobertura

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

SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de planes

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

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

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

Nota: Si se encuentra 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 de enero de 2019, y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) es un programa del gobierno con consejeros capacitados en cada estado. En Nueva York, el SHIP se denomina Programa de asistencia y asesoría de información sobre el seguro de salud (HIICAP).

El Programa de asistencia y asesoría de información sobre el seguro de salud (HIICAP) es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Se trata de un programa estatal que recibe dinero de parte del gobierno federal para brindar asesoramiento sobre seguros de salud locales **de manera gratuita** a personas con Medicare. Los consejeros del Programa de asistencia y asesoría de información sobre el seguro de salud (HIICAP) pueden ayudarle con sus consultas o problemas referidos a Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y a responder preguntas referidas a cambiar de plan. Puede comunicarse con el Programa de asistencia y asesoría de información sobre el seguro de salud (HIICAP) llamando al 1-800-701-0501. Puede obtener más información sobre el Programa de asistencia y asesoría de información sobre el seguro de salud (HIICAP) visitando su sitio web (www.aging.ny.gov).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta médica

Usted puede reunir los requisitos para recibir ayuda para medicamentos con receta médica. A continuación, enumeramos distintos tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir "Ayuda adicional" para pagar los costos de sus medicamentos con receta médica. Si usted cumple con los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, lo que incluye las primas mensuales del plan de medicamentos con receta médica, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnen los requisitos no tendrán interrupción de cobertura ni multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y no lo saben. Para saber si usted reúne los requisitos, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - Para comunicarse con la Oficina del Seguro Social debe llamar al 1-800-772-1213, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes): o
 - Su oficina de Medicaid estatal (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Cobertura de seguro farmacéutico para personas de la tercera edad (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC), que ayuda a las personas a pagar medicamentos con receta médica según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 5 de este folleto).
- **Asistencia de costos compartidos de medicamentos con receta médica para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia para medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que individuos con VIH/SIDA elegibles según el ADAP tengan acceso a medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, los cuales incluyen una prueba de residencia en el Estado y de la condición respecto al VIH, bajos ingresos según la definición del Estado y no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta médica de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP reúnen los requisitos para asistencia de costos compartidos de medicamentos con receta médica a través del Instituto del SIDA del Departamento de Salud del estado de Nueva York. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Obtener ayuda de nuestro plan

¿Tiene preguntas? No dude en contactarnos si necesita ayuda. Llame a Servicio al cliente al 1-877-344-7364. (Los usuarios de TTY solamente deben llamar al 711). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas los siete días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

La presente *Notificación anual de cambios* le presenta un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2019. Si desea obtener detalles, busque en la *Evidencia de cobertura* de 2019 para nuestro plan. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para acceder a servicios cubiertos y medicamentos con receta médica. En nuestro sitio web, **www.emblemhealth.com/medicare**, se incluye una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede comunicarse con nuestro Servicio al cliente para solicitar que le enviemos una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 7.2: Obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

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

Lea *Medicare y Usted 2019*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2019*. Todos los años en otoño, se envía este folleto por correo a las personas con Medicare. Es un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas formuladas con mayor frecuencia sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.