

Aspire Health Advantage (HMO) ofrecido por Aspire Health Plan

Aviso anual de cambios para 2016

Actualmente, está inscrito como miembro de *Aspire Health Advantage*. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

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

Recursos adicionales

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Pueden aplicarse ciertas limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, la red de proveedores, la prima o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Esta información está disponible sin cargo en otros idiomas. Llame a nuestro Servicio al cliente al número gratuito (855) 570-1600, los usuarios de TTY deben llamar al 711. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, atendemos de 8 am a 8 pm, hora del Pacífico, de lunes a viernes (excepto ciertos días feriados) y, desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, atendemos de 8 am a 8 pm, hora del Pacífico, los siete días de la semana. This information is available for free in other languages. Please call our customer service number at toll free (855) 570-1600 or TTY users call 711. We are open 8 am to 8 pm PST Monday through Friday (except certain holidays) from February 15 through September 30 and 8 am to 8 pm PST seven days a week for the period of October 1 through February 14.

El Servicio para los miembros también tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 de este folleto). Member Services also has free language interpreter services available for non-English speakers (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Este documento también se encuentra disponible en tamaño de letra grande.

Acerca de Aspire Health Advantage

- *Aspire Health Plan es un patrocinador del plan HMO y HMO-POS que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato.*
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a *Aspire Health Plan*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a *Aspire Health Advantage*.

Piense en su cobertura de Medicare para el próximo año

Cada otoño, Medicare le permite cambiar su cobertura para medicamentos y de salud de Medicare durante el período de inscripción anual. Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.

Cosas importantes que debe hacer:

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.** ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza? Es importante revisar los cambios en los beneficios y costos para asegurarse de que satisfagan sus necesidades el próximo año. Consulte las **Secciones 2.1 y 2.5** para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan a usted.** ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Se encuentran en un nivel diferente? ¿Puede continuar utilizando las mismas farmacias? Es importante revisar los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura para medicamentos satisfaga sus necesidades el próximo año. Consulte la **Sección 2.6** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red de servicios el próximo año.** ¿Se encuentran sus médicos en nuestra red de servicios? ¿Qué ocurre con los hospitales u otros proveedores que usted utiliza? Consulte la **Sección 2.3** para obtener información acerca de nuestro Directorio de proveedores.
- Piense acerca de los costos de atención de la salud generales.** ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos con receta que utiliza habitualmente? ¿Cuánto dinero gastará en las primas? ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Pensar si se encuentra satisfecho con nuestro plan.**

Si decide seguir con Aspire Health Advantage:

Si desea seguir con nosotros el próximo año, es fácil: no es necesario que haga nada.

Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si se inscribe en un plan nuevo, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2016. Consulte la Sección 3.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

Resumen de costos importantes para 2016

La siguiente tabla compara los costos de 2015 y 2016 para *Aspire Health Advantage* 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* que se adjunta para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan a usted.

Costo	2015 (este año)	2016 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Suprima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener más detalles.	\$95.00	\$95.00
Monto máximo que paga de su bolsillo Este 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 2.2 para obtener más detalles).	\$6,700	\$4,500
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: \$20.00 por consulta. Consultas a especialistas: \$30.00 por consulta.	Consultas de atención primaria: \$20.00 por consulta. Consultas a especialistas: \$30.00 por consulta.

Costo	2015 (este año)	2016 (próximo año)
<p>Hospitalización del paciente Incluye cuidados agudos, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado.</p>	<p><i>Días 1 a 5: copago de \$275 por día.</i></p> <p><i>Días 6 a 90: copago de \$0 por día.</i></p>	<p><i>Días 1 a 5: copago de \$275 por día.</i></p> <p><i>Días 6 a 90: copago de \$0 por día.</i></p>

Costo	2015 (este año)	2016 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: <i>\$150 para medicamentos de marca y especializados (Niveles 3, 4 y 5).</i></p> <p><i>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</i></p> <p>Costo compartido minorista para treinta (30) días (dentro de la red):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Medicamentos de Nivel 1: \$2</i> • <i>Medicamentos de Nivel 2: \$8</i> • <i>Medicamentos de Nivel 3: \$40</i> • <i>Medicamentos de Nivel 4: \$75</i> • <i>Medicamentos de Nivel 5: 29%</i> <p>Costo compartido para pedido por correo para noventa (90) días (dentro de la red):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Medicamentos de Nivel 1: \$4</i> • <i>Medicamentos de Nivel 2: \$16</i> • <i>Medicamentos de Nivel 3: \$80</i> • <i>Medicamentos de Nivel 4: \$150</i> • <i>Medicamentos de Nivel 5: 29%</i> 	<p>Deducible: <i>\$150 para medicamentos de marca y especializados (Niveles 3, 4 y 5).</i></p> <p><i>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</i></p> <p>Costo compartido minorista para treinta (30) días (dentro de la red):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Medicamentos de Nivel 1: \$2</i> • <i>Medicamentos de Nivel 2: \$5</i> • <i>Medicamentos de Nivel 3: \$45</i> • <i>Medicamentos de Nivel 4: \$85</i> • <i>Medicamentos de Nivel 5: 29%</i> <p>Costo compartido <u>minorista y para pedido por correo</u> para noventa (90) días (dentro de la red):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Medicamentos de Nivel 1: \$4</i> • <i>Medicamentos de Nivel 2: \$10</i> • <i>Medicamentos de Nivel 3: \$90</i> • <i>Medicamentos de Nivel 4: \$170</i> • <i>Medicamentos de Nivel 5: 29%</i>

Aviso anual de cambios para 2016

Índice

Aviso anual de cambios para 2016	1
Piense en su cobertura de Medicare para el próximo año	2
Resumen de costos importantes para 2016	3
SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en	
<i>Aspire Health Advantage</i> en 2016	7
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual	7
Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	8
Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores.....	8
Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias.....	9
Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	9
Sección 2.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	11
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir.....	15
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en <i>Aspire Health Advantage</i>	15
Sección 3.2 - Si desea cambiar de plan.....	15
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan.....	16
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre	
Medicare	16
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	17
SECCIÓN 7 Preguntas	18
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de <i>Aspire Health Advantage</i>	18
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	18

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en *Aspire Health Advantage* en 2016

Si no hace nada para cambiar su cobertura de Medicare hasta el 7 de diciembre de 2015, lo inscribiremos automáticamente en el *plan Aspire Health Advantage*. Esto significa que a partir del 1 de enero de 2016, obtendrá su cobertura médica y cobertura para medicamentos con receta a través de *Aspire Health Advantage*. Si lo desea, puede cambiarse a un plan de salud de Medicare distinto. También puede cambiarse a Original Medicare. Si se quiere cambiarse, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

La información incluida en este documento le indica las diferencias entre sus beneficios actuales con *Aspire Health Advantage* y los beneficios que obtendrá a partir del 1 de enero de 2016 como miembro de *Aspire Health Advantage*.

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2015 (este año)	2016 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$95.00	\$95.00
Beneficio odontológico complementario opcional Esta cobertura odontológica integral opcional está disponible por una prima mensual adicional.	<i>Prima adicional de \$23.00 por mes <u>si</u> decide inscribirse en esta cobertura opcional.</i>	<i>Prima adicional de \$23.00 por mes <u>si</u> decide inscribirse en esta cobertura opcional.</i>

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta.

Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos por el resto del año.

Costo	2015 (este año)	2016 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan y sus costos para medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$6,700 dentro de la red.</p>	<p>\$4,500 dentro de la red.</p> <p>Una vez que haya pagado \$4,500 de su bolsillo por servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario.</p>

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.aspirehealthplan.org, se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2016 para verificar si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que, durante el año, es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red de servicios puedan cambiar durante el año, Medicare solicita que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- De ser posible, le enviaremos un aviso que explicará que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.

- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de servicios de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red de servicios.

Hemos cambiado nuestra red de servicios de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.aspirehealthplan.org, se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2016 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2016*.

Costo	2015 (este año)	2016 (próximo año)
Acupuntura	<i>Sin cobertura.</i>	<i>Copago de \$20 (hasta 12 consultas por año calendario).</i>
Servicios de quiropráctica	<i>Copago de \$20 para las consultas de quiropráctica de rutina (hasta 6 por año).</i>	<i>Copago de \$20 para las consultas de quiropráctica de rutina (hasta 4 por año).</i>
Servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico	<i>El 20% del costo de los servicios radiológicos de diagnóstico (excluidas las radiografías) y los servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.</i>	<i>Copago de \$30 para los servicios radiológicos de diagnóstico (excluidas las radiografías) y los servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.</i>
Equipo médico duradero (DME)	<i>Coseguro de 20% del costo total para equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare.</i>	<i>Coseguro de 10% del costo total para equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare.</i>
Servicios auditivos	<p><i>Copago de \$30 para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</i></p> <p><i>Copago de \$30 para exámenes auditivos de rutina (hasta 1 consulta cada dos años).</i></p>	<p><i>Copago de \$20 para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</i></p> <p><i>No se cubre el examen auditivo de rutina.</i></p>
Servicios de laboratorio y radiografías	<i>Copago de \$10 para los procedimientos y los análisis de laboratorio de diagnóstico, incluidas las radiografías, cubiertos por Medicare.</i>	<i>Copago de \$15 para los procedimientos y los análisis de laboratorio de diagnóstico, incluidas las radiografías, cubiertos por Medicare.</i>

Costo	2015 (este año)	2016 (próximo año)
Servicios hospitalarios para pacientes externos	<i>Copago de \$275 para los procedimientos quirúrgicos para pacientes externos cubiertos por Medicare en establecimientos y centros quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare.</i>	<i>Copago de \$275 para los procedimientos quirúrgicos para pacientes externos y los servicios de observación cubiertos por Medicare en establecimientos y centros quirúrgicos ambulatorios cubiertos por Medicare.</i> <i>Copago de \$30 para los procedimientos quirúrgicos de endoscopia y colonoscopia cubiertos por Medicare en centros para pacientes externos cubiertos por Medicare.</i>
Servicios oftalmológicos	<i>Límite de cobertura de \$100 para anteojos cada dos (2) años.</i> <i>Copago de \$30 para exámenes cubiertos por Medicare.</i>	<i>Límite de cobertura de \$100 por año.</i> <i>Copago de \$20 para exámenes cubiertos por Medicare.</i>

Sección 2.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta 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, le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos.

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

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a usted, puede hacer lo siguiente:

- **Trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** que soliciten una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame al Servicio para los miembros.
- **Hablar con su médico (o con otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar otro medicamento** que cubramos. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunos casos, se nos exige que cubramos un **único** suministro temporal de un medicamento que no esté en el Formulario en los primeros 90 días de cobertura del año o de la cobertura del plan. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

Si el plan ha concedido una excepción al formulario para un medicamento que no se encuentra en el formulario que usted está tomando en 2015, la excepción vencerá al final del año calendario. Si aún necesita el medicamento que no se encuentra en el formulario en 2016, deberá presentar una nueva solicitud de excepción al formulario antes del año calendario 2016.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D que no aplique para usted.** Le hemos enviado un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y no recibió este documento antes del *30 de septiembre de 2015*, póngase en contacto con el Servicio para los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. En la Sección 7.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono de Servicios para los miembros.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. La cantidad que pague por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede buscar en Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* que se adjunta).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2015 (este año)	2016 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que llegue al deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$150 para los Niveles 3, 4 y 5.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el copago aplicable para los medicamentos en los Niveles 1 y 2 y el costo total de los medicamentos en los Niveles 3, 4 y 5 hasta que llegue al deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$150 para los Niveles 3, 4 y 5.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el copago aplicable para los medicamentos en los Niveles 1 y 2 y el costo total de los medicamentos en los Niveles 3, 4 y 5 hasta que llegue al deducible anual.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de su Evidencia de cobertura.*

Etapa	2015 (este año)	2016 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>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 del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece el costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o los medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura.</i></p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos genéricos no preferidos: Usted paga \$8 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$40 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de marca no preferidos: Usted paga \$75 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga el 29% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$2,960, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Genéricos: Usted paga \$5 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$45 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de marca no preferidos: Usted paga \$85 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga el 29% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,310, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos (la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas) son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en *Aspire Health Advantage*

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se registra para un plan diferente ni se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2016.

Sección 3.2 - Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2016, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare o si compra una póliza de seguro complementario de Medicare (Medigap).

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2016 (Medicare y Usted 2016)*, llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Buscador de planes de Medicare disponible en la página web de Medicare. Visite <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos). **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Como recordatorio, *Aspire Health Plan* ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos.

Paso 2: cambie su cobertura

- Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente, inscríbese en un plan nuevo. Su inscripción en *Aspire Health Advantage* se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en *Aspire Health Advantage* se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, tiene las siguientes posibilidades:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con Servicios para los miembros (en la Sección 7.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono).
 - *O bien*, póngase en contacto con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2016.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2016 y no está satisfecho con su opción de plan, puede cambiar a Original Medicare desde el 1 de enero hasta el 14 de febrero de 2016. 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 en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En *California*, al SHIP se lo denomina

Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) del Departamento de la vejez de California.

El **Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) del Departamento de la vejez de California** es independiente (no está conectado con una compañía de seguros o un plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del **Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) del Departamento de la vejez de California** pueden ayudarlo con las preguntas o problemas que tenga acerca de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al **Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) del Departamento de la vejez de California** *localmente* al: 831-655-1334 o al *número gratuito*: 800-434-0222. Para obtener más información sobre el **Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) del Departamento de la vejez de California**, visite su sitio web (<http://www.aging.ca.gov/hicap>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que cumpla con los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados cumplan con los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si cumple con los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que cumplan con los requisitos no quedarán supeditadas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si cumple con los requisitos, llame a cualquiera de las siguientes instituciones:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y de estado de sin seguro o infraseguro. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están

cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través de la *Oficina del ADAP en el condado de Monterey, ubicada en 780 Hamilton, Seaside CA 93955. Llame a la oficina del ADAP al 831-394-4747 para obtener más información.* Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a *Ramsell Public Health para hablar con un representante de servicio al (888) -311-7632.*

SECCIÓN 7 Preguntas

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de *Aspire Health Advantage*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Servicio para los miembros al (855) 570-1600 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas *desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, de domingos a sábados de 8 am a 8 pm, y desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 am a 8 pm, excepto ciertos días feriados.* Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2016 (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)*

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2016. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2016 para Aspire Health Advantage*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. En este sobre se incluye una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestra página web

También puede visitar nuestro sitio web en www.aspirehealthplan.org. Como recordatorio, en nuestra página web puede encontrar información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 – Cómo recibir 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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite la página web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en la página web de Medicare. (Para obtener más información sobre los planes, visite <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos)).

Lea *Medicare & You 2016 (Medicare y usted 2016)*

Puede leer el manual *Medicare & You 2016 (Medicare y Usted 2016)*. Cada año, en otoño, se envía este folleto por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en la página web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.