

Aspire Health Value (HMO) es ofrecido por Aspire Health Plan

Aviso Anual de Cambios para 2018

Actualmente, usted está inscrito como miembro de *Aspire Health Advantage Value*. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *En este folleto se le informa sobre los cambios.*

- **Tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacerle cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Lo que debe hacer ahora

1. CONSULTE: qué cambios aplican para usted

- Consultar los cambios a nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse que cubrirá sus necesidades el próximo año.
 - ¿Afectan los cambios a los servicios que utiliza usted?
 - Vea las Secciones 2.2 y 2.5 para obtener información sobre los cambios a los beneficios y costos para nuestro plan.
- Consultar los cambios en el manual para nuestra cobertura de medicamentos con receta médica para ver si le afectan.
 - ¿Sus medicamentos están bajo cobertura?
 - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como que necesite aprobación de nuestra parte antes de surtir su receta médica?
 - ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos 2018 y consulte la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos están en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Vea la Sección 2.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

- Pensar en sus costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto gastará de desembolso directo por los servicios y medicamentos con receta médica que utiliza regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿De qué manera se comparan los costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

- Pensar si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: aprenda sobre otras opciones del plan

- Consulte la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la característica de búsqueda personalizada del Localizador de Planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Buscar planes de salud y medicamentos”.
 - Revise la lista en la parte de atrás de su manual Medicare & You (Medicare y Usted).
 - Consulte la Sección 4.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que reduzca su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: decida si quiere cambiar su plan

- Si quiere **quedarse** en Aspire Health Advantage Value, no es necesario que haga nada más. Usted se quedará en Aspire Health Advantage Value.
- Para cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: para cambiar de planes, únase a un plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2017.

- Si usted **no se une antes del 7 de diciembre de 2017**, se quedará en Aspire Health Advantage Value.
- Si usted **se une antes del 7 de diciembre de 2017**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2018.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Póngase en contacto con nuestro número de Servicios a los miembros llamando al (855) 570-1600 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deberán llamar al 711). Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a

8:00 p. m., hora del Pacífico (excepto por algunos feriados) desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, los siete días de la semana durante el período desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero.

- Este documento también está disponible en letra grande.
- La **cobertura bajo este plan califica como cobertura mínima esencial (Minimum essential coverage, MEC)** y satisface el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de la Salud a Bajo Precio (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 *Aspire Health Value*

- *Aspire Health Plan* es un plan patrocinador HMO y HMO-POS que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en *Aspire Health Plan* depende de la renovación del contrato.
- Cuando este manual dice “nosotros,” “nos,” o “nuestro”, quiere decir *Aspire Health Plan*. Cuando dice, “plan” o “nuestro plan”, quiere decir *Aspire Health Value*.

Resumen de Costos Importantes para 2018

La tabla que aparece a continuación compara los costos de 2017 con los costos de 2018 para *Aspire Health Value* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este 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.**

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte los detalles en la Sección 2.1.	\$36.00	\$35.50
Cantidad máxima de desembolso directo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles).	\$5,000	\$6,000
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: \$10.00 de copago por visita. Visitas al especialista: \$35.00 de copago por visita.	Visitas de atención primaria: \$10.00 de copago por visita. Visitas al especialista: \$35.00 de copago por visita.

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Estancias de hospital para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye servicios para condiciones graves de pacientes hospitalizados, atención de hospital a largo plazo y otro tipo de servicios de hospital para pacientes hospitalizados. La atención de hospital para pacientes hospitalizados empieza el día en que usted es formalmente internado en el hospital con una orden del médico. El día antes del que se le da el alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p>Días 1 a 6: copago de \$300 por día.</p> <p>Días 7 a 90: copago de \$0 por día.</p>	<p>Días 1 a 6: copago de \$300 por día.</p> <p>Días 7 a 90: copago de \$0 por día.</p>

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D (Consulte la Sección 2.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$360 para los medicamentos de marca y los medicamentos de especialidades (Niveles 2, 3, 4 y 5).</p> <p>Copago/coaseguro durante la Etapa de cobertura Inicial: Costo compartido minorista para treinta (30) días (dentro de la red):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$4. • Medicamentos de Nivel 2: \$15. • Medicamentos de Nivel 3: \$47. • Medicamentos de Nivel 4: \$100. • Medicamentos de Nivel 5: 25% <p>Costo compartido <u>minorista y de pedidos por correo</u> para noventa (90) días (dentro de la red):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$8. • Medicamentos de Nivel 2: \$30. • Medicamentos de Nivel 3: \$94. • Medicamentos de Nivel 4: \$200. • Medicamentos de Nivel 5: 25% 	<p>Deducible: \$380 para los medicamentos de marca y los medicamentos de especialidades (Niveles 2, 3, 4 y 5).</p> <p>Copago/coaseguro durante la Etapa de cobertura Inicial: Costo compartido minorista para treinta (30) días (dentro de la red):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$3. • Medicamentos de Nivel 2: \$13. • Medicamentos de Nivel 3: \$47. • Medicamentos de Nivel 4: 50% • Medicamentos de Nivel 5: 25% <p>Costo compartido <u>minorista y de pedidos por correo</u> para noventa (90) días (dentro de la red):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$6. • Medicamentos de Nivel 2: \$26. • Medicamentos de Nivel 3: \$94. • Medicamentos de Nivel 4: 50% • Medicamentos de Nivel 5: 25%

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

El 1 de enero de 2018, el nombre de nuestro plan cambiará de a *Aspire Health Advantage Value* a *Aspire Health Value*.

Usted recibirá una nueva tarjeta de identificación por correo antes del 1 de enero de 2018.

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

Sección 2.1– Cambios a la prima mensual

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Prima mensual (Debe también seguir pagando su prima de Medicare de Parte B).	\$36.00	\$35.50
Beneficio médico mejorado Este beneficio suplementario opcional incluye cobertura dental integral, beneficios mejorados para anteojos, un examen de audición de rutina y beneficios de audífonos; además, está disponible por una prima mensual adicional.	\$33.00 además de la prima mensual <u>si</u> decide inscribirse en esta cobertura adicional.	\$35.00 además de la prima mensual <u>si</u> decide inscribirse en esta cobertura adicional.

- La prima mensual del plan será superior si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más, si se inscribe en la cobertura de medicamentos con receta médica en el futuro.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare.
- Su prima mensual será menor si estas recibiendo “ayuda adicional” con sus costos de medicamentos con receta médica.

Sección 2.2 – Cambios a su monto máximo de desembolso directo

Para protegerlo, Medicare requiere que todo los planes de salud limiten lo que usted puede pagar “de desembolso directo” durante el año. Este límite se llama “cantidad máxima de desembolso directo.” Una vez que llegue a esta cantidad, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Cantidad máxima de desembolso directo</p> <p>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para su cantidad máxima de desembolso directo. Su prima de plan y sus costos de medicamentos con receta médica no se tienen en cuenta para su cantidad máxima de desembolso directo.</p>	\$5,000 dentro de la red.	<p>\$6,000 dentro de la red.</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,000 de desembolso directo por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.</p>

Sección 2.3 – Cambios a la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web, www.aspirehealthplan.org, puede encontrar un Directorio de Proveedores actualizado. También puede llamar a Servicios a los miembros para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores. **Revise el Directorio de Proveedores de 2018 para ver si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos, y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay varias razones por las que su proveedor podría dejar su plan pero si su médico o especialista deja su plan usted tiene derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare requiere que le brindemos a usted acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Haremos nuestro mejor esfuerzo para informarle con una antelación mínima de 30 días que nuestro proveedor está dejando nuestro plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para que continúe atendiendo sus necesidades de atención médica.

- Si usted está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento necesario por razones médicas que usted está recibiendo no quede interrumpido, y nosotros nos aseguraremos de que así sea.
- Si usted considera que no le hemos facilitado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que sus necesidades de atención médica no están siendo atendidas apropiadamente, usted tiene derecho a presentar una apelación en cuanto a nuestra decisión.
- Si usted se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar a un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 2.4 – Cambios a la Red de farmacias

La cantidad que usted paga por sus medicamentos con receta médica depende de cuál farmacia usted utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos de receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web, www.aspirehealthplan.org, puede encontrar un Directorio de Farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios a los miembros para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Farmacias. **Revise el Directorio de Farmacias de 2018 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

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

Vamos a cambiar nuestra cobertura de ciertos servicios médicos el próximo año. Le información a continuación describe estos cambios. Para ver detalles acerca de la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (lo que se cubre y lo que paga usted)*, en su Evidencia de cobertura de 2018.

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Acupuntura	<u>No</u> está cubierto.	Paga un copago de \$10 por servicios cubiertos (hasta 6 visitas por año calendario).
Servicios de ambulancia	Paga un copago de \$250 por los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare por viajes de ida o de vuelta. Si se le admite en el hospital, no debe pagar por los servicios de ambulancia.	Paga un copago de \$275 por los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare por viajes de ida o de vuelta. Si se le admite en el hospital, no debe pagar por los servicios de ambulancia.
Servicios de rehabilitación cardíaca	Paga un copago de \$35 por cada visita de servicios de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.	Paga un copago de \$25 por cada visita de servicios de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.
Cuidado de emergencia	Paga un copago de \$75 por las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.	Paga un copago de \$80 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.
Educación sobre la salud; taller Living Well (Viviendo bien)	No paga nada por los beneficios del taller Living Well (Programa de Control de enfermedades crónicas).	<u>No</u> está cubierto.
Educación sobre la salud; programa de capacitación sobre la salud	<u>No</u> está cubierto.	Usted no paga nada por los beneficios del Programa de capacitación sobre la salud.

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Medicamentos de venta con receta médica de la Parte B de Medicare</p>	<p>Paga el 20% del costo de los medicamentos con receta médica de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>Paga un copago de \$45 por cada tratamiento de quimioterapia cubierto por Medicare, por día.</p>	<p>Paga el 20% del costo de los medicamentos con receta médica de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>Paga un copago de \$75 por cada tratamiento de quimioterapia cubierto por Medicare, por día.</p>
<p>Pruebas diagnósticas y servicios terapéuticos e insumos de paciente ambulatorio</p>	<p>Paga un copago de \$60 por los servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare (no se incluyen radiografías) y por los servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p>	<p>Paga un copago de \$60 por cada servicio de radiología diagnóstica general cubierto por Medicare (no se incluyen radiografías) y por cada servicio radiológico terapéutico cubierto por Medicare.</p> <p>Paga \$190 de copago por cada servicio de radiología diagnóstica complejo cubierto por Medicare (TAC, TEP, IRM, medicina nuclear y angiografía).</p>

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Servicios de hospital y cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios provistos en clínicas para pacientes hospitalizados y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Paga un copago de \$75 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. El copago de la sala de emergencias no se aplicará si el paciente es internado o colocado en observación en el transcurso de 24 horas.</p>	<p>Paga un copago de \$80 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. El copago de la sala de emergencias no se aplicará si el paciente es internado o colocado en observación en el transcurso de 24 horas.</p>
	<p>Paga un copago de \$35 por cada procedimiento quirúrgico de colonoscopia y endoscopia de diagnóstico cubierto por Medicare y procedimientos quirúrgicos de endoscopia y diagnóstico en clínicas de pacientes ambulatorios cubiertas por Medicare.</p>	<p>Paga un copago de \$300 por cada procedimiento quirúrgico de colonoscopia y endoscopia de diagnóstico cubierto por Medicare y procedimientos quirúrgicos de endoscopia y diagnóstico en clínicas de pacientes ambulatorios cubiertas por Medicare.</p>

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	Paga un copago de \$35 por cada visita de terapia ocupacional, terapia física y/o terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.	Paga un copago de \$25 por cada visita de terapia ocupacional, terapia física y/o terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar	Paga un copago de \$30 por visita de servicios cubiertos por Medicare.	Paga un copago de \$25 por cada consulta de servicios cubierta por Medicare.
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF)	Días 1 a 20: Paga un copago de \$0 por día. Días 21 a 100: Paga un copago de \$150 por día.	Días 1 a 20: Paga un copago de \$0 por día. Días 21 a 100: Paga un copago de \$165 por día.

Sección 2.6 – 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”. Puede encontrar nuestra Lista de medicamentos en línea en www.aspirehealthplan.org o puede llamar a Servicio al Miembro al (855) 570-1600 para solicitar que le envíen una copia por correo.

Realizamos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluso cambios en los medicamentos cubiertos y cambios en las restricciones aplicables a nuestra cobertura de ciertos 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 se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- **Trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento. Les recomendamos a los miembros actuales que soliciten una excepción antes del próximo año.**

- Para averiguar lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de la *Evidencia de Cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a Servicios de Miembros.
- **Trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a Servicios a los miembros y pedir una lista de los medicamentos que cubrimos que traten el mismo estado médico.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal, por **única vez** de un medicamento que no esté en la lista de medicamentos cubiertos durante los primeros 90 días de cobertura del año del plan o los primeros 90 días del registro de afiliación para evitar una interrupción en la terapia. (Para obtener más información acerca de 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 tiempo en que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se le agote. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción para usted y que cubra su medicamento actual.

Si el plan le ha otorgado una excepción al formulario de un medicamento que no está en el formulario y que usted toma en 2017, la excepción al formulario vencerá al final del año calendario. Si aún necesita el medicamento que no está en el formulario en 2018, deberá presentar una nueva solicitud de excepción al formulario antes del año calendario 2018.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta médica

Nota: si está en un programa que le ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda Extra”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta médica de la Parte D puede no aplicarse a su caso.** 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 médica) (también llamada “Low Income Subsidy Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos) o “LIS Rider” (Cláusula adicional LIS)), donde se le informa sobre los costos de los medicamentos. Si recibe “Ayuda Extra” pero no recibió este inserto antes del 30 de septiembre de 2017, llame a Servicios a los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. Los números de teléfono de Servicios a los miembros están en la Sección 8.1 de este folleto.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Lo que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. (También puede ver el Capítulo 6, Sección 2 de su Evidencia de cobertura para obtener más información acerca de estas etapas).

La información que se muestra a continuación presenta los cambios para el próximo año en las primeras dos etapas; la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: Etapa sin Cobertura y Etapa de Cobertura Catastrófica. 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 de deducible anual

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos en los Niveles 2, 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$360 para los Niveles 2, 3, 4 y 5.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el copago correspondiente a los medicamentos del Nivel 1, y el costo total de los medicamentos en los Niveles 2, 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$380 para los Niveles 2, 3, 4 y 5.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el copago correspondiente a los medicamentos del Nivel 1, y el costo total de los medicamentos en los Niveles 2, 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>

Cambios en el costo compartido en la Etapa de cobertura inicial

Para medicamentos de *marca no preferida del Nivel 4*, su costo compartido en la etapa de cobertura inicial está cambiando de copago a coaseguro. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios de 2017 a 2018.

Para saber cómo funcionan los copagos y coaseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, Tipos de costos de desembolso directo que puede que pagar por sus medicamentos cubiertos en la Evidencia de cobertura.

Etapa	2017 (este año)	2018 (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 su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son para un mes (30 días) de suministro cuando surta su receta médica en una farmacia de la red que proporcione costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o los medicamentos con receta médica para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la Evidencia de cobertura.</p> <p>Para el 2017 usted pagó un copago de \$100 por medicamentos de marca no preferida Nivel 4. Para el 2018 pagará 50% de coaseguro por medicamentos de este nivel. Cambió el nivel para algunos medicamentos de la Lista de medicamentos cubiertos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$4 por medicamento con receta médica.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$15 por medicamento con receta médica.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por medicamento con receta médica.</p> <p>Medicamentos de marca no preferidos: Usted paga \$100 por medicamento con receta médica.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$3 por medicamento con receta médica.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$13 por medicamento con receta médica.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por medicamento con receta médica.</p> <p>Medicamentos de marca no preferidos: Usted paga 50% por receta médica.</p>

Lista de medicamentos.	Especialidad: Usted paga el 25% del costo total.	Especialidad: Usted paga el 25% del costo total.
	Una vez que los costos totales de los medicamentos lleguen a \$3,700, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).	Una vez que los costos totales de los medicamentos lleguen a \$3,750, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).

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

Las otras dos etapas de cobertura, la Etapa sin Cobertura y de Cobertura Catastrófica, son para personas con altos costos por medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período de interrupción en cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para medicamentos de *marca no preferida del Nivel 4*, su costo compartido en la etapa de cobertura inicial está cambiando de copago a coaseguro. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios de 2017 a 2018. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su Evidencia de cobertura.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Equipo médico duradero	Se requiere autorización previa para el equipo médico duradero que cueste más de \$250.	Se requiere autorización previa para el equipo médico duradero que cueste más de \$500.
Dispositivos prostéticos y suministros relacionados	Se requiere autorización previa para los insumos médicos/prostéticos que cuesten más de \$250.	Se requiere autorización previa para los insumos médicos/prostéticos que cuesten más de \$500.

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1 – Si desea permanecer en *Aspire Health Value*

Para continuar en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, automáticamente permanecerá inscrito como miembro de nuestro plan para 2018.

Sección 4.2 – Si quiere cambiarse de plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar para el año 2018, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- puede inscribirse en un plan médico de Medicare distinto,
- *O BIEN*, puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You* 2018 (Medicare y Usted 2015), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

También puede encontrar información acerca de los planes que hay en su área utilizando el Localizador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Encontrar planes de salud y de medicamentos). **Aquí puede encontrar información sobre los costos, la cobertura y las clasificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Le recordamos que *Aspire Health Plan* ofrece otros planes médicos de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a cobertura, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan médico distinto de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en *Aspire Health Value* se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta médica**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en *Aspire Health Value* se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta médica**, usted debe realizar una de las siguientes opciones:

- Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Póngase en contacto con Servicios a los miembros si necesita más información al respecto (los números de teléfono están en la Sección 8.1 de este folleto).
- – o – Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan distinto o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo a partir del **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2018.

¿Hay otras oportunidades del año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras fechas. Por ejemplo, se permite que las personas con Medicaid, las que reciben “Ayuda Extra” para pagar sus medicamentos, las que tienen o abandonan la cobertura del empleador y las que se trasladan del área de servicio hagan cambios en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la Evidencia de cobertura.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2018, y no le gusta su elección de plan, se puede cambiar a Medicare Original entre el 1 de enero y el 14 de febrero de 2018. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la Evidencia de cobertura.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito acerca de Medicare

El Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program - SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En *California*, el SHIP se llama **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 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) del Departamento de la vejez de California es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan médico). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local sobre seguros de salud **de manera 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 ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca de cambiar de planes. Puede llamar al **HICAP del Departamento de la vejez de California** al *número local: 831-655-1334* o al *número gratuito: 800-434-0222*. Para obtener más información sobre el

HICAP del Departamento de la vejez de California, visite su sitio web (<http://www.aging.ca.gov/hicap>).

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta médica

Es posible que sea elegible para recibir ayuda para pagar sus medicamentos de receta.

- **“Ayuda Extra” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir “Ayuda adicional” para cubrir los costos de sus medicamentos con receta médica. Si es usted elegible, Medicare podría pagar hasta un 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo primas mensuales de medicamentos con receta médica, deducibles anuales, y coaseguro. Adicionalmente, aquellos que califican no tendrán que pagar multas por un período de interrupción en cobertura ni por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para ver si califica, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social llamando al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, en horario de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al, 1-800-325-0778 (aplicaciones); o
 - Su Oficina Estatal de Medicare (aplicaciones).
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos con receta médica para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, los cuales incluyen un comprobante de residencia en el estado y de su condición de VIH, bajos ingresos según lo define el Estado, y su condición de no asegurado o con un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta médica de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta médica a través de la Oficina del ADAP del condado de Monterey ubicada en 340 Church Street, Salinas, CA 93901. Llame a la Oficina del ADAP al 831-975-5016 para obtener más información. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a 831-975-5016 y solicite hablar con un representante.

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?

Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de *Aspire Health Value*

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios a los miembros al número gratuito (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 domingo a sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto por algunos feriados. Las llamadas a estos números son gratis.

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2018* (tiene detalles acerca de los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le proporciona un resumen de los cambios en los costos y beneficios para el año 2018. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2018 de Aspire Health Value*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta médica que están cubiertos. En este sobre, se incluye una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.aspirehealthplan.org. 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 8.2 – 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), 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>). Tiene información sobre los costos, la cobertura y las clasificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información acerca de los planes disponibles en su área utilizando el Localizador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información

acerca de los planes, vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Encontrar planes médicos y de medicamentos).

Lea *Medicare y Usted 2018*

Puede leer el Manual de *Medicare y Usted 2018*. Cada año durante el otoño, este folleto se le envía por correo a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla si visita el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.