

Aspire Health Group Plus (HMO-POS) ofrecido por Aspire Health Plan

Aviso Anual de Cambios para 2019

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Aspire Health Group Plus. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto 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 1.2 y 1.5 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 2019 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Es posible que su medicamento haya subido de precio desde el año pasado. Hable con su médico acerca de las alternativas de bajo costo que pueda haber disponibles para usted; esto puede ahorrarle tener que desembolsar de su propio bolsillo durante todo el año. Para recibir información adicional sobre precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos paneles informativos resaltan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información interanual

acerca de precios de medicamentos. Tenga en mente que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de 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 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- Piense en sus costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto gastará de bolsillo 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?
- Piense 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).
 - Vea la Sección 3.2 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 Group Plus, no es necesario que haga nada más. Usted se quedará en Aspire Health Group Plus.
- 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 2018**.

- Si usted **no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, se quedará en Aspire Health Group Plus.

- Si usted se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2018, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2019.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Póngase en contacto con nuestro número de Servicios de Miembros llamando al (855) 570-1600 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deberán llamar al 711). Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, de lunes a viernes (excepto algunos feriados) desde el 1 de abril 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 comprendido del 1 de octubre al 31 de marzo.
- Este documento también está disponible en letra grande.
- **La cobertura conforme a este plan califica como Cobertura de salud elegible (QHC)** y cumple con el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de medidas de protección del paciente y cuidado de bajo costo (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 Group Plus

- Aspire Health Plan es un plan patrocinador HMO 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 Group Plus.

H8764_POST.801.ANOC_0818_M

Resumen de Costos Importantes para 2019

La tabla que aparece a continuación compara los costos de 2018 con los costos de 2019 para Aspire Health Group Plus 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	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>*Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.</p>	<p>\$247.00 (pagados por el Community Hospital de la Península de Monterey). Usted es responsable por su prima mensual de la Parte B.</p>	<p>\$249.00 (pagados por el Community Hospital de la Península de Monterey). Usted es responsable por su prima mensual de la Parte B.</p>
<p>Cantidad máxima de bolsillo</p> <p>Esta es la cantidad <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios médicos cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).</p>	\$0	\$0

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Visitas a la oficina del médico	<p>Visitas de cuidado primario: Dentro de la red: Usted no paga nada.</p> <p>Fuera de la red*: Usted no paga nada.</p> <p>Visitas al especialista: Dentro de la red: Usted no paga nada.</p> <p>Fuera de la red*: Usted no paga nada.</p> <p>*La cobertura fuera de la red se restringe a los profesionales médicos que participan en Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.</p>	<p>Visitas de cuidado primario: Dentro de la red: Usted no paga nada.</p> <p>Fuera de la red*: Usted no paga nada.</p> <p>Visitas al especialista: Dentro de la red: Usted no paga nada.</p> <p>Fuera de la red*: Usted no paga nada.</p> <p>*La cobertura fuera de la red se restringe a los profesionales médicos que participan en Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.</p>

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Estancias de hospital de paciente interno</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 de alta es su último día de paciente interno.</p>	<p>Dentro de la red: Días 1 a 90: Usted no paga nada.</p> <p>Fuera de la red*: Días 1 a 90: Usted no paga nada.</p> <p>*La cobertura fuera de la red se restringe a los profesionales médicos que participan en Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.</p>	<p>Dentro de la red: Días 1 a 90: Usted no paga nada.</p> <p>Fuera de la red*: Días 1 a 90: Usted no paga nada.</p> <p>*La cobertura fuera de la red se restringe a los profesionales médicos que participan en Medicare y los servicios cubiertos por Medicare a los que se accede fuera del área de servicio del plan del condado de Monterey, California.</p>

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos de receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura Inicial:</p> <p>Costo compartido minorista para treinta (30) días (dentro de la red):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 • Medicamentos de Nivel 2: \$8 • Medicamentos de Nivel 3: \$42 • Medicamentos de Nivel 4: \$90 • Medicamentos de Nivel 5: 33% <p>Costo compartido <u>minorista</u> para noventa (90) días (dentro de la red)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 • Medicamentos de Nivel 2: \$16 • Medicamentos de Nivel 3: \$84 • Medicamentos de Nivel 4: \$180 • Medicamentos de Nivel 5: 33% <p>Costo compartido de pedidos por correo para noventa (90) días (dentro de la red)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 • Medicamentos de Nivel 2: \$16 • Medicamentos de Nivel 3: \$84 • Medicamentos de Nivel 4: \$180 • Medicamentos de Nivel 5: 33% 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura Inicial:</p> <p>Costo compartido minorista para treinta (30) días (dentro de la red):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 • Medicamentos de Nivel 2: \$10 • Medicamentos de Nivel 3: \$42 • Medicamentos de Nivel 4: \$90 • Medicamentos de Nivel 5: 33% <p>Costo compartido <u>minorista</u> para noventa (90) días (dentro de la red)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 • Medicamentos de Nivel 2: \$30 • Medicamentos de Nivel 3: \$126 • Medicamentos de Nivel 4: \$270 • Medicamentos de Nivel 5: 33% <p>Costo compartido de <u>pedidos por correo</u> para noventa (90) días (dentro de la red)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 • Medicamentos de Nivel 2: \$20 • Medicamentos de Nivel 3: \$84 • Medicamentos de Nivel 4: \$180 • Medicamentos de Nivel 5: 33%

Aviso anual de cambios para 2019

Índice

Resumen de Costos Importantes para 2019.....	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	6
Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual	6
Sección 1.2 – Cambios a su monto máximo de bolsillo	7
Sección 1.3 – Cambios a la red de proveedores.....	7
Sección 1.4 – Cambios a la Red de farmacias	8
Sección 1.5 – Cambios a los beneficios y costos por los servicios de Medicare.....	8
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos de receta de la Parte D.....	10
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	14
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	15
Sección 3.1 – Si desea permanecer en Aspire Health Group Plus.....	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 acerca de Medicare.....	17
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos de receta	17
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	18
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Aspire Health Group Plus.....	18
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	19

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

Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual (Debe también seguir pagando su prima de Medicare de Parte B).	\$247.00 (pagados por el Community Hospital de la Península de Monterey).	\$249.00 (pagados por el Community Hospital de la Península de Monterey).
Beneficio médico mejorado Este beneficio suplementario opcional incluye cobertura dental integral, beneficios mejorados para anteojos, un examen de oído de rutina y beneficios de audífonos; además, está disponible por una prima mensual adicional.	\$31.00 adicionales en la prima por mes (pagados por el Community Hospital de la Península de Monterey).	<u>No</u> está cubierto.
Beneficios mejorados: opción B Este beneficio suplementario opcional incluye cobertura dental integral, un beneficio para anteojos, un examen de oído de rutina, un beneficio de audífonos, 10 recorridos adicionales solo de ida para transporte a citas médicas dentro de la red y 14 comidas luego de cada estancia en un hospital como paciente hospitalizado o en un centro de servicios de enfermería especializada; además, está disponible por una prima mensual adicional.	<u>No</u> está cubierto.	\$49.90 adicionales en la prima por mes (pagado por el Community Hospital de la Península de Monterey).

- La prima mensual del plan será *superior* si debe pagar una multa de por vida por inscribirse tarde en la Parte D 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 tiene un ingreso más alto, es posible 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 recibe “Ayuda Adicional” con los costos de medicamentos recetados.

Sección 1.2 – Cambios a su monto máximo de bolsillo

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

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Cantidad máxima de bolsillo Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para su cantidad máxima de bolsillo. Su prima de plan y sus costos de medicamentos con receta médica no se tienen en cuenta para su cantidad máxima de bolsillo.	\$0	\$0

Sección 1.3 – 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 de 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 2019 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 doctor 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 cuidado médico 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 1.4 – Cambios a la Red de farmacias

La cantidad que usted paga por sus medicamentos con receta médica depende de cual 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 a 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 de 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 2019 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios a los beneficios y costos por los servicios de Medicare

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 2019*.

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Manejo de enfermedades mejorado: Life Connections	No paga nada por los beneficios de Manejo de enfermedades mejorado.	<u>No</u> está cubierto.

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Beneficio médico mejorado</p> <p>Este beneficio suplementario opcional incluye cobertura dental integral, beneficios mejorados para anteojos, un examen de oído de rutina y beneficios de audífonos; además, está disponible por una prima mensual adicional.</p>	<p>\$31.00 adicionales en la prima por mes <u>si</u> usted decide inscribirse en esta cobertura opcional (pagado por el Community Hospital de la Península de Monterey).</p>	<p><u>No</u> está cubierto.</p>
<p>Beneficios mejorados: opción B</p> <p>Este beneficio suplementario opcional incluye cobertura dental integral, un beneficio para anteojos, un examen de oído de rutina, un beneficio de audífonos, 10 recorridos adicionales solo de ida para transporte a citas médicas dentro de la red y 14 comidas luego de cada estancia en un hospital como paciente hospitalizado o en un centro de servicios de enfermería especializada; además, está disponible por una prima mensual adicional.</p>	<p><u>No</u> está cubierto.</p>	<p>\$49.90 adicionales en la prima por mes (pagado por el Community Hospital de la Península de Monterey).</p>
<p>Beneficio para acondicionamiento físico: Programa Silver&Fit® para ejercitarse y llevar un proceso de envejecimiento saludable</p>	<p><u>No</u> está cubierto.</p>	<p>Paga una cuota anual como miembro de \$25 por acceso al centro de acondicionamiento físico/YMCA o una cuota anual como miembro de \$10 por dos kits para realizar acondicionamiento físico en casa.</p>
<p>Atención dental preventiva</p>	<p>No paga nada por la atención dental preventiva.</p>	<p><u>No</u> está cubierto.</p>

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Examen de la vista de rutina	Usted no paga nada por una visita para examen de la vista de rutina.	<u>No</u> está cubierto.
Anteojos de rutina	Usted no paga nada por los materiales de anteojos (marcos, lentes o lentes de contacto) hasta el beneficio máximo.	<u>No</u> está cubierto.

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

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Se ofrece una copia electrónica de nuestra Lista de medicamentos.

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 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:

- **Trabaje 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.
- **Trabaje con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a Servicios de Miembros y pedir una lista de los medicamentos que cubrimos que traten la misma condición médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no se incluye 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 membresía 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 concedido una excepción a la lista de medicamentos cubiertos por un medicamento que no esté en la lista y que usted toma en 2018, la excepción a la lista de medicamentos cubiertos vencerá al final del año calendario. Si aún necesita el medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos en 2019, deberá presentar una nueva solicitud de excepción a la lista de medicamentos cubiertos antes del año calendario 2019.

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

A partir de 2019, antes de que hagamos cambios durante el año a nuestra Lista de medicamentos que requieran que le demos un aviso anticipado cuando esté tomando un medicamento, le daremos aviso acerca de estos cambios, no con 60, sino con 30 días de antelación a la fecha en que se lleven a cabo. O bien, le daremos un nuevo surtido para 30 días, en lugar de un surtido para 60 días, de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Por ejemplo, daremos este aviso antes de reemplazar un medicamento de marca en la Lista de medicamentos con un medicamento genérico o antes de hacer cambios de acuerdo con las advertencias indicadas en los recuadros de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o con nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare.

Cuando hagamos estos cambios a la Lista de medicamentos durante el año, puede seguir trabajando con su médico (o con la persona que receta) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea, según lo programado, y ofreceremos otra información que se requiera para reflejar los cambios de medicamentos. (Para informarse más acerca de los cambios que podemos hacer a la Lista de medicamentos, vea el Capítulo 5, Sección 6, de la Evidencia de cobertura.)

Cambios en los costos de los medicamentos de receta

Nota: si está en un programa que le ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda Extra”), **la información sobre los costos de los medicamentos de receta 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)), que le informa sobre los costos de los medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” pero no recibió este inserto antes del 30 de septiembre de 2018, llame a Servicios al Miembro y solicite la “Cláusula adicional LIS”. Los números de teléfono de Servicios de Miembros se encuentran en la Sección 7.1 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*).

Cambios en la etapa de deducible anual

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Como el plan no tiene deducibles, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Como el plan no tiene deducibles, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en el costo compartido en la Etapa de cobertura inicial

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

Etapa	2018 (este año)	2019 (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 línea 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 para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la Evidencia de cobertura.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</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:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Medicamentos genéricos:</p> <p>Usted paga \$8 por medicamento de receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos:</p> <p>Usted paga \$42 por medicamento de receta.</p> <p>Medicamento no preferido: Usted paga \$90 por receta médica.</p> <p>Especialidad:</p> <p>Usted paga el 33 % del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos lleguen a \$3,750, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</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:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Medicamentos genéricos:</p> <p>Usted paga \$10 por medicamento de receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos:</p> <p>Usted paga \$42 por medicamento de receta.</p> <p>Medicamento no preferido: Usted paga \$90 por receta médica.</p> <p>Especialidad:</p> <p>Usted paga el 33 % del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos lleguen a \$3,820, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>

Cambios en la Etapa del período sin 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 de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura y 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 su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Administrador de beneficios de farmacia (PBM)	Nuestro PBM se llama <i>National Pharmaceutical Services (Servicios farmacéuticos nacionales, NPS)</i> .	Nuestro PBM sigue siendo el mismo y ha cambiado su nombre a <i>CastiaRx</i> .
	Nuestra farmacia de pedidos por correo se llama <i>Integrated Home Mail Order (Pedidos integrados por correo al hogar, IHMO)</i> y funciona desde Omaha, NE.	El nombre de la farmacia de pedidos por correo ha cambiado a <i>CastiaRx Home Delivery</i> y se está trasladando a Creve Coeur, MO.
Servicios de rehabilitación cardíaca	Se necesita autorización previa para Servicios de rehabilitación cardíaca.	<u>No</u> se necesita autorización previa para Servicios de rehabilitación cardíaca.

	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Servicio de agencia de atención médica en el hogar	Se necesita autorización previa para Servicio de agencia de atención médica en el hogar.	Se necesita autorización previa para Servicios de infusión en el hogar. Todos los demás servicios de atención médica en el hogar considerados médicamente necesarios <u>no</u> necesitan autorización previa.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	Se necesita autorización previa para Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla).	Se necesita autorización previa para Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla) después de 12 visitas en un año calendario, por tipo de terapia.
Servicios de rehabilitación pulmonar	Se necesita autorización previa para Servicios de rehabilitación pulmonar.	<u>No</u> se necesita autorización previa para Servicios de rehabilitación pulmonar.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea permanecer en Aspire Health Group Plus

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 2019.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar para el año 2019, 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* 2019 (Medicare y Usted 2015), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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 Group Plus se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos de receta**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Aspire Health Group Plus se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos de receta**, usted debe realizar una de las siguientes opciones:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios de Miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están en la Sección 7.1 de este folleto).
 - 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 4 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 2019.

¿Hay otras oportunidades del año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras fechas. Por ejemplo, se puede permitir 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 2019 y no le gusta su elección de plan, se puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (sea con o sin cobertura de medicamentos con receta 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 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 **Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP**

California Department of Aging's Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 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 **California Department of Aging's Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)** 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 **California Department of Aging's Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)** al número local: 831-655-1334 o al número gratuito: 800-434-0222. Para obtener más información sobre el **California Department of Aging's Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)**, visite su sitio web (<http://www.aging.ca.gov/hicap>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos de receta

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

- **"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 coseguro. Adicionalmente, aquellos que califican no tendrán que pagar multas por un período sin 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 de receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (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. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a la oficina del ADAP al 831-975-5016.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Aspire Health Group Plus

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios a los Miembros al (855) 570-1600. (Solo para TTY, llame al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, de domingo a sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, y del 1 de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, excepto algunos feriados. Las llamadas a estos números son gratis.

Lea su *Evidencia de Cobertura* de 2019 (tiene detalles acerca de los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en los costos y beneficios para el año 2019. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2019 de *Aspire Health Plus*. 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 el sitio web del Aspire Health Plan encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura*. Si tiene alguna pregunta acerca de la *Evidencia de cobertura* o desea que le envíen una copia por correo postal a su casa, haga una llamada sin costo a Servicios a los Miembros al (855) 570-1600 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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 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), 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 2019*

Puede leer el Manual de *Medicare y Usted 2019*. 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.



ASPIRE HEALTH PLAN

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-570-1600 (TTY: 711).

SPANISH ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-570-1600 (TTY: 711).

CHINESE 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-570-1600 (TTY: 711)。

VIETNAMESE CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-570-1600 (TTY: 711).

TAGALOG PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-570-1600 (TTY: 711).

KOREAN 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-570-1600 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ARMENIAN ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ: Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակապակցման աջակցության ծառայություններ: Ջանգախարեք 1-855-570-1600 (TTY (հեռատիպ) 711):

FARSI توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما رایگان برای 1-855-570-1600 (TTY: 711) تماس بگیرید.

RUSSIAN ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-570-1600 (телетайп: 711).

JAPANESE 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-570-1600 (TTY:711)まで、お電話にてご連絡ください。

ARABIC ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1 0061 075 558 (رقم هاتف الصم والبكم : (117:YTT).

PANJABI ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਚਿ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-570-1600 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

MON-KHNER, CAMBODIA ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរគឺអាចមានសេវាបំប្រើប្រាស់បាន។ ចូរទូរស័ព្ទ 1-855-570-1600 (TTY: 711)។

HMONG LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-570-1600 (TTY: 711).

HINDI ध्यान दें: यदि आप हृदि बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-570-1600 (TTY: 711) पर कॉल करें।

THAI ระวัง: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-570-1600 (TTY: 711).