



HEALTH | CHOICE

GENERATIONS



Steward Health Choice Generations HMO SNP

2019 AVISO ANUAL DE CAMBIOS

ARIZONA

Sirviendo los condados de Apache, Coconino, Gila,
Maricopa, Mohave, Navajo, Pinal, y Yavapai.

Steward Health Choice Generations (HMO SNP) ofrecido por Health Choice Arizona, Inc.

Aviso anual de cambios para 2019

En la actualidad, está inscrito como miembro de *Health Choice Generations*. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *En este folleto se le informan los cambios.*

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted.

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 2 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

- Verifique los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados que figuran en el folleto para saber si lo afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos se encuentran en un nivel diferente, con otro costo compartido?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, por ejemplo, necesita nuestra aprobación antes de surtir la receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de utilizar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos de 2019 y busque información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos en la Sección 2.6.
 - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menos costo que puedan estar disponibles para usted. Esto puede implicar un ahorro en los costos de bolsillo anuales. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos paneles informativos destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también incluyen otra información sobre los precios de los medicamentos año tras año. Recuerde que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Se encuentran sus médicos en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales y otros proveedores que utiliza?
 - Consulte la Sección 2.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

- Piense en sus costos de atención médica generales.
 - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos recetados que utiliza habitualmente?
 - ¿Cuánto gastará en la prima y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

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

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

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

- Si desea **conservar Steward Health Choice Generations**, no es necesario que haga nada. Seguirá inscrito en Steward Health Choice Generations.
- Si desea **cambiar de plan por otro** que podría satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo a partir de ahora y hasta el 31 de diciembre. Consulte la página 13 en la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.

4. **INSCRÍBASE:** para cambiar de plan, inscríbese en un plan a partir de **ahora** y hasta el **31 de diciembre de 2018**

- Si **no se inscribe en otro plan antes del 31 de diciembre de 2018**, seguirá inscrito en Steward Health Choice Generations.
- Si **se inscribe en otro plan antes del 31 de diciembre de 2018**, la nueva cobertura comenzará el 1.º de enero de 2019.

- A partir de 2019, hay nuevos límites respecto a la frecuencia con la que puede cambiar de plan. Consulte la página 14 en la Sección 4 para obtener más información.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin cargo en español.
- Comuníquese con Servicios para Miembros al (800) 656-8991 si desea obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
- Este documento podría estar disponible en otros formatos, como braille, letra grande u otros formatos alternativos. Es posible que este documento esté disponible en un idioma distinto del inglés. Para obtener información adicional, llame a Servicios para Miembros al número indicado arriba.
- **La cobertura conforme a este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (ACA, por sus siglas en inglés). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

Acerca de *Steward Health Choice Generations*

- Steward Health Choice Generations HMO SNP es un plan de salud con contrato con Medicare y contrato con el programa de Medicaid estatal. La inscripción en Steward Health Choice Generations HMO SNP depende de la renovación de los contratos. El plan también tiene un acuerdo escrito con el programa de Medicaid de Arizona para coordinar sus beneficios de Medicaid.
 - Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a *Health Choice Arizona, Inc.* Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Steward Health Choice Generations.
-

Resumen de costos importantes para 2019

En la siguiente tabla se comparan los costos de 2018 y 2019 de Steward Health Choice Generations en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante que lea el resto de este *Aviso anual de cambios* para saber si hay otros cambios en los beneficios o los costos que lo afectan.**

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|--|---|---|
| Prima mensual del plan* * La prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener información detallada. | \$0 | \$0 |
| Deducible | \$0 o \$183 Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare conforme al Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona (AHCCCS, por sus siglas en inglés) (Medicaid), paga \$0. | Este monto puede cambiar en 2019. Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), paga \$0. |
| Visitas en el consultorio del médico | Visitas de atención primaria: 0 % o 20 % del costo por visita Visitas a especialistas: 0 % o 20 % del costo por visita Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), paga \$0 por visita. | Visitas de atención primaria: 0 % o 20 % del costo por visita Visitas a especialistas: 0 % o 20 % del costo por visita Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), paga \$0 por visita. |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|--|--|--|
| <p>Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior al alta médica es su último día como paciente internado.</p> | <p>Las sumas por cada periodo de beneficios es \$1340.</p> <p>Dias 1 a 60: \$0 coseguro por cada periodo de beneficios</p> <p>Dias 61 a 90: \$335 coseguro cada día por cada periodo de beneficios</p> <p>Dias 91 y despues: \$670 coseguro por cada día de reserve despues de 90 días por cada periodo de beneficios (asta 60 días por vida)</p> <p>Todos costos despues de días reserve por vida.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), paga \$0.</p> | <p>Los montos están sujetos a cambios por Medicare en 2019.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), paga \$0.</p> |

**Cobertura de medicamentos
recetados de la Parte D**

(Consulte la Sección 2.6 para
obtener información detallada).

Deducible: \$0 o \$83

Si usted recibe "Ayuda Adicional" para pagar por sus medicamentos recetados, la cantidad de su deducible será \$0 o \$83, según el nivel de "Ayuda Adicional" que usted reciba.

Si su deducible es \$83: usted paga el costo completo de su medicamentos hasta que haya pagado \$83 por sus medicamentos.

Si usted no recibe "Ayuda Adicional" debe pagar el costo total de sus medicamentos hasta llegar al monto deducible de \$405.

Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:

Medicamentos genéricos/preferidos de varios proveedores, por receta, según el nivel de "ayuda adicional" que reciba o su estado institucional:

- \$0 de copago o
- \$1.25 de copago o
- \$3.35 de copago o
- 15%

Todos los demás medicamentos, por receta, según el nivel de

Deducible: \$0 o \$85

Si usted recibe "Ayuda Adicional" para pagar por sus medicamentos recetados, la cantidad de su deducible será \$0 o \$85, según el nivel de "Ayuda Adicional" que usted reciba.

Si su deducible es \$85: usted paga el costo completo de su medicamentos hasta que haya pagado \$85 por sus medicamentos.

Si usted no recibe "Ayuda Adicional" debe pagar el costo total de sus medicamentos hasta llegar al monto deducible de \$415.

Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:

Medicamentos genéricos/preferidos de varios proveedores, por receta, según el nivel de "ayuda adicional" que reciba o su estado institucional:

- \$0 de copago o
- \$1.25 de copago o
- \$3.40 de copago o
- 15%

Todos los demás medicamentos, por receta, según el nivel de

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|---|---|
| | <p>“ayuda adicional” que reciba o su estado institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago o • \$3.70 de copago o • \$8.35 de copago o • 15% <p>Si usted no recibe “Ayuda Adicional” debe pagar 25% coseguro for sus medicamentos.</p> | <p>“ayuda adicional” que reciba o su estado institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago o • \$3.80 de copago o • \$8.50 de copago o • 15% <p>Si usted no recibe “Ayuda Adicional” debe pagar 25% coseguro for sus medicamentos.</p> |
| <p>Monto máximo de 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 información detallada).</p> | <p>\$6,700</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> | <p>\$6,700</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> |

Aviso anual de cambios para 2019

Índice

| | |
|---|-----------|
| Resumen de costos importantes para 2019 | 1 |
| SECCIÓN 1 Cambio en el nombre del plan | 6 |
| SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y los costos de Medicare para el próximo año | 6 |
| SECCIÓN 2.1 – Cambios en la prima mensual | 6 |
| SECCIÓN 2.2 – Cambios en el monto máximo de bolsillo | 6 |
| SECCIÓN 2.3 – Cambios en la red de proveedores | 6 |
| SECCIÓN 2.4 – Cambios en la red de farmacias | 7 |
| SECCIÓN 2.5 – Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos..... | 7 |
| SECCIÓN 2.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D | 9 |
| SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir | 14 |
| SECCIÓN 3.1 – Si desea seguir inscrito en Steward Health Choice Generations | 14 |
| SECCIÓN 3.2 – Si desea cambiar de plan..... | 14 |
| SECCIÓN 4 Cómo cambiar de plan | 15 |
| SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid..... | 16 |
| SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados | 17 |
| SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? | 17 |
| SECCIÓN 7.1 – Cómo obtener ayuda de <i>Steward Health Choice Generations</i> | 17 |
| SECCIÓN 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare | 18 |
| SECCIÓN 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid | 19 |

SECCIÓN 1 Cambio en el nombre del plan

A partir del 1.º de enero de 2019, el nombre de nuestro plan cambiará de Health Choice Generations a Steward Health Choice Generations.

La tarjeta de identificación de miembro nueva con el nuevo logotipo de Steward Health Choice Generations le llegará por correo. Exhiba esta tarjeta de identificación cuando visite a sus proveedores de atención médica para demostrar que es miembro de Steward Health Choice Generations. Asegúrese de proteger su tarjeta de identificación y de llevarla con usted en todo momento.

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

Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|--|-----------------|--------------------|
| Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted). | \$0 | \$0 |

Sección 2.2: Cambios en el monto máximo de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted debe pagar de su bolsillo durante el año. Este límite se llama “monto máximo de bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, generalmente no debe pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|--|-----------------|---|
| <p>Monto máximo de bolsillo</p> <p>Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este monto máximo de bolsillo.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de Medicaid con los copagos y deducibles de la Parte A y la Parte B, no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus gastos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) se toman en cuenta para el monto máximo de bolsillo. La prima del plan y los gastos en medicamentos recetados no se toman en cuenta para el monto máximo de bolsillo.</p> | <p>\$6,700</p> | <p>\$6,700</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,700 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará más nada por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.</p> |

Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores

El año próximo habrá cambios en nuestra red de proveedores. En nuestro sitio web, www.StewardHCGenerations.org, hay un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar a Servicios para Miembros si desea obtener información actualizada sobre los proveedores, o para solicitar que le enviemos un Directorio de proveedores por correo. **Revise el Directorio de proveedores de 2019 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos cambiar los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de su plan en el transcurso del año. Hay varios motivos por los que su proveedor podría abandonar el plan; no obstante, si su médico o especialista se retira del plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones, que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede modificarse en el transcurso del año, Medicare nos exige que le facilitemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.

- Intentaremos de buena fe notificarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor se retirará del plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga administrando sus necesidades de atención médica.
- Si le están realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y nosotros colaboraremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si considera que no hemos puesto a su disposición un proveedor calificado en reemplazo del proveedor anterior, o que su atención no está siendo administrada de manera adecuada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista se retirará del plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a buscar un proveedor nuevo y a administrar su atención.

Sección 2.4: Cambios en la red de farmacias

Es posible que los montos que paga por los medicamentos recetados dependan de la farmacia que utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, las recetas están cubiertas *solo* si las surte en alguna de las farmacias de nuestra red.

El año próximo habrá cambios en nuestra red de farmacias. En nuestro sitio web, www.StewardHCGenerations.org, hay un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para Miembros si desea obtener información actualizada sobre los proveedores, o para solicitar que le enviemos un Directorio de farmacias por correo. **Revise el Directorio de farmacias de 2019 para saber qué farmacias están en nuestra red.**

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

Tenga en cuenta que en el *Aviso anual de cambios* solo se informan los cambios en los beneficios y los costos de Medicare.

Nosotros cambiaremos nuestra cobertura de determinados servicios médicos el año próximo. La información a continuación describe estos cambios. Para obtener información detallada sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (qué servicios están cubiertos y qué debe pagar)*, de la *Evidencia de cobertura de 2019*. Si lo solicita, le enviaremos aparte, por correo, una copia de la *Evidencia de cobertura*.

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|---|---|
| Atención de emergencia | <p>Usted paga el 0 % o el 20 % del costo hasta \$80 por las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, paga un monto de copago de \$0.</p> | <p>Usted paga el 0 % o el 20 % del costo hasta \$90 por las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, paga un monto de copago de \$0.</p> |
| Visitas de quiropráctica de rutina (beneficio complementario) | <p>Usted paga un copago de \$0 por una visita en consultorio para recibir atención de rutina por mes, hasta 12 visitas por año.</p> | <p>Las visitas de quiropráctica de rutina no están cubiertas.</p> |
| Atención de podología de los pies de rutina (beneficio complementario) | <p>\$0 de copago por una visita para recibir atención de rutina cada 3 meses</p> | <p>La atención de podología de los pies de rutina no está cubierta.</p> |
| Beneficio de comidas | <p>El beneficio de comidas no está cubierto.</p> | <p>\$0 de copago por 10 comidas por ingreso al hospital, una vez por año calendario, inmediatamente después de una hospitalización</p> |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|--|--|
| Servicios dentales | <p>Suministramos \$2,000 por año para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos exámenes bucales por año. • Dos servicios de profilaxis (limpiezas) por año. • Una radiografía dental por año. <p>Servicios dentales integrales que incluyen, entre otros, servicios que no son de rutina, servicios de diagnóstico, servicios reconstructivos, endodoncia, periodoncia y extracciones. Puentes, dentaduras postizas o reconstrucciones faciales sin cobertura.</p> | <p>Suministramos \$2,500 por año para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos exámenes bucales por año. • Dos servicios de profilaxis (limpiezas) por año. • Una radiografía dental por año. <p>Servicios dentales integrales que incluyen, entre otros, servicios que no son de rutina, servicios de diagnóstico, servicios reconstructivos, endodoncia, periodoncia y extracciones. Puentes, dentaduras postizas o reconstrucciones faciales sin cobertura.</p> |
| Servicios de visión: anteojos (beneficio complementario) | Pagamos una asignación de hasta \$300 que puede usar para adquirir lentes de contacto, anteojos (lentes y marcos), lentes, marcos o mejoras. | Pagamos una asignación de hasta \$325 que puede usar para adquirir lentes de contacto, anteojos (lentes y marcos), lentes, marcos o mejoras. |

Sección 2.6: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Una copia de la Lista de medicamentos se entrega en formato electrónico.

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

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de los medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- **Trabajar con su médico (u otro prescriptor) y solicitar al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento.
 - Si desea saber qué debe hacer para pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja[decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicios para Miembros.
- **Trabajar con su médico (u otro prescriptor) para buscar otro medicamento** que sí esté cubierto. Puede llamar a Servicios para Miembros y solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se utilizan para tratar la misma afección.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir el suministro temporal de un medicamento que no está incluido en la Lista de medicamentos los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar que haya una interrupción del tratamiento. En 2019, los miembros que se encuentren en centros de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) ahora recibirán un suministro temporal equivalente al suministro temporal que se proporciona en todos los demás casos, es decir, un suministro de medicamentos para 34 días, en lugar de la cantidad provista en 2018 (suministro de medicamentos para 93 días). (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo debe solicitarlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2, de la *Evidencia de cobertura*). En el transcurso del período en el que reciba el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para determinar qué hará cuando el suministro se acabe. Puede cambiar de medicamento y utilizar otro cubierto por el plan, o bien, solicitar al plan que haga una excepción por usted y cubra su medicamento actual.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. No obstante, en el transcurso del año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

A partir de 2019, si debemos hacer cambios en el transcurso del año en nuestra Lista de medicamentos que exijan que se lo notifiquemos con anticipación cuando usted está tomando determinado medicamento, le notificaremos dichos cambios 30 días antes de que entren en vigencia, en lugar de 60 días antes. O bien, le entregaremos un resurtido para 30 días, en lugar de 60 días, de un medicamento de marca que esté tomando, en una farmacia de la red. Le entregaremos este aviso, por ejemplo, antes de reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico en la Lista de medicamentos, o de hacer cambios en función de advertencias de caja negra de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o de nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

Cuando realicemos estos cambios en la Lista de medicamentos en el transcurso del año, usted puede de todos modos trabajar con su médico (u otro prescriptor) y solicitar que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y suministrando otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que

podríamos efectuar en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6, de la Evidencia de cobertura).

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si usted participa en un programa que lo ayuda a pagar los medicamentos (“ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted.** Le hemos enviado un documento aparte, denominado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para el pago de los medicamentos recetados” (también llamado “Cláusula adicional de subsidios por bajos ingresos” o “Cláusula de LIS”), donde se le informan los costos de los medicamentos. Dado que usted recibe “ayuda adicional” y no ha recibido este documento hasta el 30 de septiembre de 2018, llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula de LIS”. Los números de teléfono de Servicios para Miembros figuran en la Sección 7.1 del presente folleto.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. El monto que debe pagar por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2, de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información a continuación muestra 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: la etapa de falta de cobertura y la etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el *Resumen de beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la etapa de deducible

| Etapa | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Etapa 1: etapa de deducible anual</p> <p>En esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos de la Parte D hasta alcanzar el deducible anual.</p> | <p>El monto de su deducible es de \$0 o \$83 por año para los medicamentos recetados de la Parte D, en función del nivel de “ayuda adicional” que reciba. (Consulte el inserto separado, “Cláusula adicional LIS”, para obtener el monto de su deducible).</p> | <p>El monto de su deducible es de \$0 o \$85 por año para los medicamentos recetados de la Parte D, en función del nivel de “ayuda adicional” que reciba. (Consulte el inserto separado, “Cláusula adicional LIS”, para obtener el monto de su deducible).</p> |

Cambios en el costo compartido en la etapa de cobertura inicial

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

| Etapa | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|--|---|---|
| <p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que pague el deducible anual, pasará a la etapa de cobertura inicial. En esta etapa, el plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga la suya.</p> | <p>Costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Genéricos y medicamentos tratados como genéricos: en función del nivel de “ayuda adicional” que reciba o de su estado institucional, paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 • \$1.25 o • \$3.35 o <p>Todos los demás medicamentos: en función del nivel de “ayuda adicional” que reciba o de su estado institucional, paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 o • \$3.70 de copago u • \$8.35 de copago o | <p>Costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Genéricos y medicamentos tratados como genéricos: en función del nivel de “ayuda adicional” que reciba o de su estado institucional, paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 • \$1.25 o • \$3.40 o <p>Todos los demás medicamentos: en función del nivel de “ayuda adicional” que reciba o de su estado institucional, paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 o • \$3.80 de copago u • \$8.50 de copago o |

| Etapa | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos en esta fila corresponden a un suministro para un meso 30 días cuando surte su receta en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos, consulte el Capítulo 6, Sección 5, de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> | <p>Una vez que haya alcanzado los \$5,000 en costos totales de bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (etapa de cobertura catastrófica).</p> | <p>Una vez que haya alcanzado los \$5,100 en costos totales de bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (etapa de cobertura catastrófica).</p> |

Cambios en la etapa de falta de cobertura y en la etapa de cobertura catastrófica

La etapa de falta de cobertura y la etapa de cobertura catastrófica son otras dos etapas de la cobertura de medicamentos para las personas con costos elevados en medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan ninguna de estas dos etapas.**

Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el *Resumen de beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de cobertura*.

Sección 3.1: Si desea seguir inscrito en Steward Health Choice Generations

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en otro plan ni cambia a Medicare original, seguirá inscrito de manera automática como miembro de nuestro plan para 2019.

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Si bien esperamos que siga siendo miembro el próximo año, le indicamos qué debe hacer si desea cambiar de plan para 2019:

Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas.

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- -- *O BIEN*-- Puede cambiar a Medicare original. Si cambia a Medicare original, deberá decidir si se inscribirá en un plan de medicamentos de Medicare.

Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Si cambia a Medicare original, deberá decidir si se inscribirá en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare original y los distintos tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019), llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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

Paso 2: Cambie de cobertura.

- Para tener **otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el plan nuevo. La inscripción en Steward Health Choice Generations se cancelará de manera automática.
- Para **cambiar a Medicare original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. La inscripción en Steward Health Choice Generations se cancelará de manera automática.
- Para **cambiar a Medicare original sin un plan de medicamentos recetados**, debe seguir alguno de estos dos pasos:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono figuran en la Sección 7.1 de este folleto).
 - –*O bien*– Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si cambia a Medicare original y **no** se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cómo cambiar de plan

Si desea cambiar de plan o cambiar a Medicare original el año próximo, puede hacerlo a partir de ahora y hasta el 31 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2019.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, se pueden hacer cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, a las personas con Medicaid, a quienes reciban “ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, a quienes tengan cobertura por medio de su empleador o cancelen la cobertura de su empleador, y a quienes se muden del área de servicio podría permitírseles hacer un cambio en otros momentos del año. A partir de 2019, hay nuevos límites respecto a la frecuencia con la que puede cambiar de plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.1, de la *Evidencia de cobertura*.

Nota: A partir del 1.º de enero de 2019, si usted participa en un programa de administración de medicamentos, posiblemente no pueda cambiar de plan.

Si usted se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2019 y no está satisfecho con el plan que eligió, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin ella) o a Medicare original (ya sea con cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin ella) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3, de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, el SHIP se denomina Programa de Asistencia sobre Seguro Médico del Estado de Arizona (SHIP de Arizona).

El SHIP de Arizona es independiente (no está vinculado a ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre los seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare. Los asesores del SHIP de Arizona pueden ayudarlo si tiene preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar al SHIP de Arizona al (800) 432-4040.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios del AHCCCS (Medicaid), comuníquese con el AHCCCS (Medicaid) al (602) 417-4000, TTY (602) 417-4191, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., excepto los feriados estatales. Número sin cargo para llamar desde dentro del estado: (800) 654-8713 (fuera del condado de Maricopa). Consulte de qué manera la inscripción en otro plan o la reinscripción en Medicare original afectan el modo en que recibe la cobertura del AHCCCS (Medicaid).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Dado que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en la “ayuda adicional”, también denominada subsidio por bajos ingresos. La ayuda adicional paga algunas de las primas, los deducibles anuales y el coseguro de los medicamentos recetados. Como usted reúne los requisitos, no hay un período sin cobertura ni debe pagar una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la ayuda adicional, llame a alguno de los siguientes números:
 - 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.
 - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 7 a. m. y las 7 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 para el costo compartido de los medicamentos recetados para las personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas que tienen VIH/SIDA y que son elegibles para el programa tengan acceso a los medicamentos vitales para tratar el VIH. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluido un comprobante de residencia en el estado y estado respecto al VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y condición de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia para el costo compartido de los medicamentos recetados por medio del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS, por sus siglas en inglés). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, sobre los medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame al 800-334-1540 o al 602-364-3610.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de *Steward Health Choice Generations*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al 800-656-8991. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de cobertura de 2019* (contiene información detallada sobre los beneficios y los costos del próximo año).

El presente *Aviso anual de cambios* contiene un resumen de los cambios en los beneficios y los costos para 2019. Para obtener información detallada, consulte la *Evidencia de cobertura de 2019* de Steward Health Choice Generations. La Evidencia de cobertura es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. En ella se explican sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los servicios y los medicamentos recetados cubiertos. Si lo solicita, le enviaremos aparte, por correo, una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web.

También puede visitar nuestro sitio web, www.StewardHCGenerations.org. Recuerde que el sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos).

Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare.

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Contiene información sobre el costo, la cobertura y calificaciones sobre la calidad que lo ayudan a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área con la función Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y de medicamentos]).

Lea el manual *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019).

Puede leer el manual *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar al AHCCCS al (602) 417-4000, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. (hora local), excepto los feriados estatales. Los usuarios de TTY deben llamar al (602) 417-4191.



HEALTH | CHOICE

GENERATIONS

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS:

1-800-656-8991 | TTY 711

Los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

VISITE NUESTRO SITIO WEB EN:

www.StewardHCGenerations.org