

Medicare Select HMO ofrecido por Denver Health Medical Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2019

En la actualidad, está inscrito como miembro de Medicare Select HMO. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

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

Qué 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.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto correspondientes a nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si aplican a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Los medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido distinto?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos para 2019 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Los costos de los medicamentos pueden haber aumentado respecto del año pasado. Consulte con su médico sobre alternativas disponibles para usted y que tengan un costo menor. Esto puede ayudarle a ahorrar en los costos anuales que paga de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos cuadros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de

precios de medicamentos por año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden variar 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?
- ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
- Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

Piense acerca de los costos de atención de la salud generales.

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

Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: conozca otras opciones del plan

Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.

- Use la función de búsqueda personalizada 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 2.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

Una vez que limita su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: decida si desea cambiar su plan

- Si desea **conservar** Medicare Select HMO, no es necesario que haga nada. Permanecerá en Medicare Select HMO.
- Si desea cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: para cambiar los planes, inscríbase en un plan desde el **15 de octubre** hasta el **7 de diciembre de 2018**

- Si **no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, permanecerá en Medicare Select HMO.

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

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo alguno en español.
- Para obtener más información, llame a Servicios al Miembro al 303-602-2111 o al teléfono gratuito 1-877-956-2111. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana. El Departamento de Servicios al Miembro también cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para personas que no hablan inglés.
- This document is available for free in English. Please contact our Member Services number at 303-602-2111 or toll free at 1-877-956-2111 for additional information. (TTY/TDD users should call 711). Hours are 8am to 8pm, seven days a week. Member Services also has free language interpreter services available for non-English speakers.
- Este documento está disponible en otros formatos, como braille, letras grandes u otros formatos alternativos.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

Acerca de Medicare Select HMO

- Denver Health Medical Plan, Inc. es un plan HMO aprobado por Medicare. La inscripción en Denver Health Medical Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Medicare Select HMO. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Medicare Select HMO.

Resumen de costos importantes para 2019

La siguiente tabla compara los costos de 2018 y 2019 para Medicare Select en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este Aviso anual de cambios** y revisar la *Evidencia de cobertura*, (que está disponible en internet en www.denverhealthmedicalplan.org/medicare-select-anoc-evidence-coverage o comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 303-602-2111 o sin costo al 1-877-956-2111 para que le enviemos una copia impresa) para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711).

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.	\$34.20	\$32.00
Deducible	\$183	\$183 Estos son los montos de costo compartido para 2018 y pueden cambiar para 2019. Medicare Select proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan.
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).	\$5,500	\$5,500

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Consultas en el consultorio del médico</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$10 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: \$30 por consulta</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$10 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: \$30 por consulta</p>
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p>	<p>Días 1 al 5: \$300 por día</p> <p>Días 6 al 90: \$0 por día</p> <p>Días 91 al 150: \$578 por día de reserva de por vida</p>	<p>Días 1 al 5: \$300 por día</p> <p>Días 6 al 90: \$0 por día</p> <p>Días 91 al 150: \$578 por día de reserva de por vida</p> <p>Estos son los montos de costo compartido para 2018 y pueden cambiar para 2019. Medicare Select proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$355</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: \$3.50 de copago para un suministro para un mes; O \$7 de copago para un suministro para tres meses • Medicamentos de Nivel 2 - Medicamentos genéricos: \$10.50 de copago para un suministro para un mes; \$21 de copago para un suministro para tres meses • Medicamentos de Nivel 3 - Medicamentos de marca preferida: 25% de coseguro para un suministro para un mes; O 25% de coseguro para un suministro para tres meses 	<p>Deducible: \$375</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: \$4 de copago para un suministro para un mes; U \$8 de copago para un suministro para tres meses • Medicamentos de Nivel 2 - Medicamentos genéricos: \$10 de copago para un suministro para un mes; O \$20 de copago para un suministro para tres meses • Medicamentos de Nivel 3 - Medicamentos de marca preferida: 25% de coseguro para un suministro para un mes; O 25% de coseguro para un suministro para tres meses

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 4 - Medicamentos de marca no preferida: 50% de coseguro para un suministro para un mes; O 50% de coseguro para un suministro para tres meses • Medicamentos de Nivel 5 - Medicamentos de especialidad: 25% de coseguro para un suministro para un mes • Medicamentos de Nivel 6 - Medicamentos selectos: \$0 de copago para un suministro para un mes; \$0 de copago para un suministro para 90 días 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 4 - Medicamentos de marca no preferida: 50% de coseguro para un suministro para un mes; O 50% de coseguro para un suministro para tres meses • Medicamentos de Nivel 5 - Medicamentos de especialidad: 25% de coseguro para un suministro para un mes • Medicamentos de Nivel 6 - Medicamentos selectos: \$0 de copago para un suministro para un mes; \$0 de copago para un suministro para 90 días

Aviso anual de cambios para 2019

Índice

Resumen de costos importantes para 2019	1
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	6
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	6
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	6
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	7
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	8
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	8
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	9
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	13
Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Medicare Select HMO	13
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	13
SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan	14
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	15
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	15
SECCIÓN 6 Preguntas.....	16
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Medicare Select HMO	16
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	16

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

Sección 1.1 – 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).	\$34.20	\$32.00

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta.

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

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

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan y sus costos para medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	\$5,500	<p>Una vez que haya pagado \$5,500 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p> <p>No hay cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo para 2019.</p>

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.denverhealthmedicalplan.org, se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2019 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si se está realizando un tratamiento médico, tiene derecho, y trabajaremos con usted para garantizar su derecho, a que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.

- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

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

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.denverhealthmedicalplan.org, se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2019 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2019*.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Atención oftalmológica	\$0 de copago para anteojos hasta \$350 por anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto cada año	\$0 de copago para anteojos hasta \$250 por anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto cada año de beneficios

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos vía electrónica. La Lista de medicamentos que proporcionamos vía electrónica contiene muchos (pero no la totalidad) de los medicamentos que cubriremos el año próximo. Si no encuentra su medicamento en esta lista, es posible que aún se encuentre cubierto. **Puede conseguir la Lista de medicamentos completa** llamando a Servicios para los miembros (consulte la contratapa) o visitando nuestro sitio web (www.denverhealthmedicalplan.org).

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

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

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** solicitar una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicios para los miembros.
- **Consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento.

Las excepciones al formulario concedidas serán cubiertas hasta la fecha de finalización de la autorización. La excepción podrá extenderse hasta el año siguiente.

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

A partir de 2019, antes de que hagamos cambios durante el año en nuestra Lista de medicamentos que debamos informarle con anticipación cuando esté tomando un medicamento determinado, le proporcionaremos un aviso de esos cambios 30 días, no 60 días, antes de que los apliquemos. O le proporcionaremos un resurtido para 30 días, y no para 60 días, del medicamento de marca en una farmacia de la red. Le proporcionaremos este aviso antes, por ejemplo, de reemplazar un

medicamento de marca de la Lista de medicamentos por un medicamento genérico o antes de realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo planeado y proporcionaremos otra información obligatoria para reflejar los cambios de los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros le enviamos un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre de 2018, llame a Servicios para los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. En la Sección 6.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono de Servicios para los miembros.

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

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

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$355.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$3.50 de costo compartido por los medicamentos del Nivel 1 y \$0 de costo compartido por los medicamentos del Nivel 6, y el costo total de los medicamentos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$375.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$4.00 de costo compartido por los medicamentos del Nivel 1 y \$0 de costo compartido por los medicamentos del Nivel 6, y el costo total de los medicamentos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos en su 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 la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura.</i></p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p>Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos: no sujetos al deducible.</p> <p>Usted paga \$3.50 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2 Medicamentos genéricos: usted paga \$10.50 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3 Medicamentos de marca preferida: usted paga 25% por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 4 Medicamentos de marca no preferida: usted paga 50% por medicamento con receta</p> <p>Nivel 5 Medicamentos de especialidad: usted paga 25% del costo total</p> <p>Nivel 6 Medicamentos selectos: no sujetos al deducible. Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p>Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos: no sujetos al deducible.</p> <p>Usted paga \$4 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2 Medicamentos genéricos: usted paga \$10 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3 Medicamentos de marca preferida: usted paga 25% por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 4 Medicamentos de marca no preferida: usted paga 50% por medicamento con receta</p> <p>Nivel 5 Medicamentos de especialidad: usted paga 25% del costo total</p> <p>Nivel 6 Medicamentos selectos: no sujetos al deducible. Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.</p>

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,750, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,820, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).
---	---	---

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

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

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Medicare Select HMO

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2019.

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2019, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

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

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) disponible 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 costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Le recordamos que Denver Health Medical Plan ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: cambie su cobertura

- Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Medicare Select HMO.
- Para cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Medicare Select HMO.
- Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (en la Sección 7.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
 - O puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan

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

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

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

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para 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 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa de asistencia de seguro de salud del estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Colorado, el SHIP se llama Centura Health LINKS.

Centura Health LINKS es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y **en forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores de Centura Health LINKS pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con Centura Health LINKS llamando al 720-321-8850. Para obtener más información sobre Centura Health LINKS, visite su sitio web: (www.centura.org/patients-and-families/centura-health-links).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia

con los costos compartidos para medicamentos con receta a través de “Bridging the Gap”, Colorado. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a “Bridging the Gap”, Colorado, al 303-692-2716 o al 303-692-2783.

SECCIÓN 6 Preguntas

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Medicare Select HMO

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 303-602-2111 o al 1-877-956-2111. (Solo los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días a la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2019 (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2019. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2019 para Medicare Select HMO. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.denverhealthmedicalplan.org. También puede llamar a Servicios para los miembros para que le enviemos una copia impresa.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.denverhealthmedicalplan.org. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD 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 acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de

salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y de medicamentos]).

Lea *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019)

Usted 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 las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted 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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.