

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

Aviso anual de cambios para 2020

Usted está actualmente inscrito como miembro de Denver Health Medicare Select (HMO). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y en los beneficios del plan. *En este folleto se comunican los cambios.*

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

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted.

- Verifique los cambios en los costos y en los beneficios para ver si lo afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que cubrirá sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que utiliza?
 - Consulte las secciones 1.5 y 1.6 para conocer la información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Revise los cambios en el folleto respecto de nuestra cobertura de medicamentos con receta para ver si lo afectan.
 - ¿Tendrá cobertura para sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel distinto, con un costo compartido diferente?
 - ¿Algunos de sus medicamentos tienen nuevas restricciones, tales como la necesidad de nuestra aprobación antes de poder obtenerlos?
 - ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
 - Revise la *Lista de medicamentos de 2020* y consulte la sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Sus costos de medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico acerca de alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos de desembolsos directos durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. En estos paneles se destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también se muestra otra información anual sobre los

precios de los medicamentos. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique que sus médicos y sus otros proveedores estén en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos, incluidos los especialistas que usted consulta regularmente, en nuestra red?
 - ¿Qué sucede con los hospitales u otros proveedores que usa?
 - Consulte la sección 1.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores*.
- Considere los costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto gastará de desembolso directo por los servicios y medicamentos con receta que usa regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en la prima y los 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:** Conozca las opciones de otros planes.

- Verifique la cobertura y los costos de otros planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada con el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) 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 y usted*.
 - Consulte la sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que usted reduzca su opción 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** Denver Health Medicare Select (HMO), no necesita hacer nada. Usted permanecerá en Denver Health Medicare Select (HMO).
- Para cambiarse a un **plan diferente** que pudiera satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiarse de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de planes, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2019**, usted permanecerá en Denver Health Medicare Select (HMO).

- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2019**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2020**.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo alguno en inglés.
- Para obtener más información, llame a nuestro número de Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o sin costo al 1-877-956-2111. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.
- **La cobertura con este plan califica como cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act, ACA) y Protección del Paciente. 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 Denver Health 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.
- En los lugares en que se habla de "nosotros", "a nosotros" o "nuestro" en el folleto, se hace referencia a Denver Health Medical Plan, Inc. Donde dice "plan" o "nuestro plan" significa Denver Health Medicare Select (HMO).

Resumen de costos importantes para 2020

En la tabla que se encuentra a continuación se comparan los costos de Denver Health Medicare Select (HMO) para 2019 y 2020 en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.denverhealthmedicalplan.org. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para pedirnos que le enviemos la *Evidencia de cobertura* por correo.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la sección 2.1 para conocer los detalles.	\$32.00	\$31.30
Deducible	\$185	No hay deducible para los miembros de Denver Health Medicare Select (HMO).
Monto máximo de desembolso directo Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará como desembolso directo por los servicios cubiertos de las Partes A y B. (Consulte la sección 1.2 para conocer los detalles).	\$5,500	\$5,500
Visitas al consultorio médico	Visitas de atención primaria: \$10 por visita Visitas al especialista: \$30 por visita	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas al especialista: \$35 por visita

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Estadías en el hospital como paciente hospitalizado</p> <p>Incluye servicios para pacientes hospitalizados agudos, rehabilitación de pacientes hospitalizados, atención hospitalaria a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que usted ingresa formalmente al hospital con un pedido médico. El día anterior al que le den el alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>	Días 1-5: \$300 por día	Días 1-5: \$300 por día
	Días 6-90: \$0 por día	Días 6-90: \$0 por día
	Días 91-150: \$578 por día de reserva de por vida	Días 91-150: \$578 por día de reserva de por vida

Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

(Consulte la sección 1.6 para conocer los detalles).

Deducible: \$375 (niveles 2-5)

Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:

- Nivel 1 de medicamentos, medicamentos genéricos preferidos: \$4 de copago por un suministro para un mes U \$8 de copago por un suministro para tres meses
- Nivel 2 de medicamentos, medicamentos genéricos: \$10 de copago por un suministro para un mes O \$20 de copago por un suministro para tres meses
- Nivel 3 de medicamentos, medicamentos de marca preferidos: 25% de coseguro por un suministro para un mes O 25% de coseguro por un suministro para tres meses

Deducible: \$250 (niveles 2-5)

Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:

- Nivel 1 de medicamentos, medicamentos genéricos preferidos: \$3 de copago por un suministro para un mes; \$6 de copago por un suministro para dos meses; \$6 de copago por un suministro para tres meses
- Nivel 2 de medicamentos, medicamentos genéricos: \$9 de copago por un suministro para un mes; \$18 de copago por un suministro para dos meses; \$18 de copago por un suministro para tres meses
- Nivel 3 de medicamentos, medicamentos de marca preferidos: 25% de coseguro por un suministro para un mes; 25% de coseguro por un suministro para dos meses; 25% de coseguro por un suministro para tres meses

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 4 de medicamentos, medicamentos de marca no preferidos: 50% de coseguro por un suministro para un mes O 50% de coseguro por un suministro para tres meses • Nivel 5 de medicamentos, medicamentos de especialidad: 25% de coseguro por un suministro de medicamentos para un mes • Nivel 6, medicamentos selectos: \$0 de copago por un suministro para un mes; \$0 de copago por un suministro para 90 días 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 4 de medicamentos, medicamentos de marca no preferidos: 50% de coseguro por un suministro para un mes; 50% de coseguro por un suministro para dos meses; 50% de coseguro por un suministro para tres meses • Nivel 5 de medicamentos, medicamentos de especialidad: 28% de coseguro por un suministro de medicamentos para un mes • Nivel 6, medicamentos selectos: \$0 de copago por un suministro para un mes; \$0 de copago por un suministro para 2 días; \$0 de copago por un suministro para 3 días

Aviso anual de cambios para 2020

Índice

Resumen de costos importantes para 2020	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y en los costos para el próximo año	6
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	6
Sección 1.2: Cambios en el monto máximo de desembolso directo.....	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 en los costos de los servicios médicos	8
Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	16
Bookmark not defined.	Error!
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir	20
Sección 2.1: Si desea continuar en Denver Health Medicare Select (HMO)	20
Sección 2.2: Si desea cambiar de planes.....	20
SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de planes	21
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	22
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	22
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?	23
Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de Denver Health Medicare Select (HMO)	23
Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	24

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual (Debe también continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$32	\$31.30

- Su prima mensual del plan será *mayor* si usted está obligado a pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D de por vida por haber estado sin 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 mayor, es posible que deba pagar un monto adicional cada mes, directamente al gobierno, por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si está recibiendo “Extra Help (Ayuda adicional)” para los costos de los medicamentos con receta.

Sección 1.2: Cambios en el monto máximo de desembolso directo

Para su protección, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto de “desembolso directo” que se paga durante el año. Este límite se denomina “monto máximo de desembolso directo”. Una vez que llega a este monto, por lo general, deja de pagar los servicios cubiertos de las Partes A y B durante el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Monto máximo de desembolso directo Los costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para el monto máximo de desembolso directo. La prima de su plan y los costos de los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo de desembolso directo.	\$5,500	\$5,500 Una vez que haya pagado \$5,500 como desembolso directo para los servicios cubiertos de las Partes A y B, dejará de pagar por dichos servicios durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. El *Directorio de proveedores* actualizado se encuentra en nuestro sitio web en www.denverhealthmedicalplan.org. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitarnos que le enviemos el *Directorio de proveedores* por correo. **Revise el Directorio de proveedores de 2020 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que, durante el año, puede haber cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan. Hay muchas razones por las que su proveedor podría abandonar su plan pero, en caso de que su médico o especialista abandonen su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aun cuando nuestra red de proveedores pueda cambiar durante el año, debemos proveerle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para notificarle, con al menos 30 días de antelación, que su proveedor abandonará nuestro plan, de modo que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado que continúe manejando sus necesidades de atención médica.
- Si usted está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que usted esté recibiendo. Trabajaremos con usted para garantizar la continuidad de dicho tratamiento.

- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado que reemplace a su proveedor anterior o que no está manejando su atención de manera adecuada, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista abandonará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a buscar un nuevo proveedor y a manejar su atención.

Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias

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

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

Estamos cambiando nuestra cobertura de ciertos servicios médicos para el próximo año. La información que se encuentra a continuación describe los cambios. Para obtener 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 usted paga)*, en la *Evidencia de cobertura de 2020*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Examen de detección de cáncer colorrectal	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.
	Las reglas de autorización previa se aplican a las enemas de bario cubiertas por Medicare.	

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Visitas al consultorio médico	<p>Usted paga \$10 de copago por visitas de atención primaria cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga \$30 de copago por visitas al especialista cubiertas por Medicare.</p> <p>Las reglas de autorización previa se aplican a los servicios médicos especialistas.</p> <p>Se requiere remisión para los servicios médicos especialistas.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por visitas de atención primaria cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga \$35 de copago por cada visita al especialista cubierta por Medicare.</p> <p>Las reglas de autorización previa se aplican a visitas a especialistas.</p> <p>Se requiere remisión para las visitas a especialistas.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Servicios dentales	<p>Usted paga \$0 de copago por beneficios dentales cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por beneficios dentales cubiertos por Medicare.</p>
	<p>Usted paga \$0 de copago por servicios dentales preventivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta 2 exámenes bucales de rutina por año • hasta 2 limpiezas por año • hasta 4 radiografías dentales por año 	<p>Usted paga \$0 de copago por servicios dentales preventivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta 2 exámenes bucales de rutina por año • hasta 2 limpiezas por año • hasta 1 tratamiento con fluoruro por año • hasta 1 radiografía dental por año
	<p>Usted paga \$0 de copago por servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta 2 visitas de diagnóstico por año • hasta 2 visitas de restauración por año • hasta 1 visita de periodoncia cada 3 años • sin límite para extracciones 	<p>Usted paga \$0 de copago por servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta 2 visitas de diagnóstico por año • hasta 2 visitas de restauración por año • hasta 1 visita de periodoncia cada dos años • sin límite para extracciones

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Salud y bienestar	<p>Usted paga \$0 de copago para los servicios de salud y bienestar.</p> <p>Los miembros tienen acceso a grupos de apoyo en nutrición y a clases grupales continuas sobre dieta y nutrición. Los asesores en salud están disponibles para todos los miembros y proporcionan apoyo personalizado y sesiones grupales. No hay límite en la cantidad de veces que el miembro puede hablar con los asesores en salud o asistir a las sesiones grupales.</p> <p>Todos los miembros tienen acceso a la línea directa de enfermería las 24 horas para hacer preguntas sobre su salud y sus inquietudes de salud.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago para los servicios de salud y bienestar.</p> <p>A los miembros se les ofrecen los servicios de educación sanitaria “Strong Body Strong Mind”, que incluyen programas de educación de bienestar a ritmo propio.</p> <p>Los miembros tienen acceso ilimitado a educación nutricional individual.</p> <p>Los miembros tienen acceso a una línea directa de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Audición	<p>Usted paga \$30 de copago para exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$30 de copago por hasta 1 examen de audición de rutina cada tres años.</p> <p>Usted paga \$30 de copago por hasta 1 adaptación/evaluación para audífonos cada tres años.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por hasta \$1,500 para audífonos (ambos oídos combinados) cada tres años.</p>	<p>Usted paga \$35 de copago para exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$35 de copago por hasta 1 examen de audición de rutina cada tres años.</p> <p>Usted paga \$35 de copago por hasta 1 adaptación/evaluación para audífonos cada tres años.</p> <p>Usted tiene cobertura de hasta \$1,000 para audífonos (ambos oídos combinados) cada tres años.</p>
Terapia ocupacional	<p>Usted paga \$30 de copago por visitas al consultorio cubiertas por Medicare.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p> <p>Se requiere remisión.</p>	<p>Usted paga \$35 de copago por visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p> <p>Se requiere remisión.</p>
Servicios de tratamiento de opioides	<p>Servicios de tratamiento de opioides <u>sin</u> cobertura</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para beneficios de servicios del Programa de Tratamiento de Opioides.</p> <p>Se requiere remisión.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Procedimientos de diagnóstico, pruebas y servicios de laboratorio ambulatorios</p>	<p>Usted paga el 20% del costo total de pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos ambulatorios, suministros y servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga 0% del costo total para los servicios médicos de laboratorio cubiertos.</p> <p>Se requiere remisión.</p>	<p>Usted paga el 20% del costo total de pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos ambulatorios, suministros y servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Las reglas de autorización previa se aplican a los procedimientos/pruebas de diagnóstico y a los servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico ambulatorios cubiertos por Medicare. (Las reglas de autorización previa no se aplican a los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare). Se requiere remisión.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Atención de salud mental ambulatoria</p>	<p>Usted paga \$10 de copago por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$10 de copago por cada sesión de terapia grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$10 de copago por cada visita de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$10 de copago por cada visita de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere remisión para visitas con un no psiquiatra.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita de terapia individual o grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere remisión.</p>
<p>Servicios para casos de abuso de sustancias ambulatorios</p>	<p>Usted paga \$10 de copago por cada visita individual ambulatoria para recibir tratamiento por abuso de sustancias cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$10 de copago por cada visita grupal ambulatoria para recibir tratamiento por abuso de sustancias, cubierta por Medicare.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p> <p>Se requiere remisión.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada visita individual o grupal ambulatoria para recibir tratamiento por abuso de sustancias cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere remisión.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Servicios de podología	<p>Usted paga \$30 de copago por cada visita al consultorio cubierta por Medicare.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p> <p>Se requiere remisión.</p>	<p>Usted paga \$35 de copago por cada visita de podología cubierta por Medicare.</p> <p>Pueden aplicarse reglas de autorización previa.</p> <p>Se requiere remisión.</p>
Atención de la visión	<p>Usted paga \$30 de copago por el tratamiento y el diagnóstico de enfermedades y afecciones oculares cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 de copago para una prueba de detección de glaucoma anual para las personas en riesgo.</p> <p>Usted paga \$30 de copago por hasta un examen ocular suplementario de rutina cada año.</p> <p>Usted paga \$0 de copago para accesorios para la visión y cobertura hasta \$250 por hasta un par de anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto ilimitados cada año de beneficios.</p>	<p>Usted paga \$35 de copago por el tratamiento y el diagnóstico de enfermedades y afecciones oculares cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 de copago para una prueba de detección de glaucoma anual para las personas en riesgo.</p> <p>Usted paga \$35 de copago por hasta un examen ocular suplementario de rutina por año.</p> <p>Usted tiene cobertura de hasta \$105 para lentes de contacto o 1 par de anteojos (lentes y marcos) por año.</p>

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

Cambios en la *Lista de medicamentos*

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama *Formulario de medicamentos* o “*Lista de medicamentos*”. Se proporciona una copia electrónica de la *Lista de medicamentos*.

Hicimos cambios en nuestra *Lista de medicamentos*, que incluyen cambios en la cobertura de medicamentos y cambios en las restricciones relacionadas con la cobertura de ciertos medicamentos. **Revise la *Lista de medicamentos* para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

Si se ve afectado por algún cambio en la cobertura de medicamentos, puede realizar lo siguiente:

- **Analizar con su médico (u otra persona que emite la receta) y solicitar al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento.
 - Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicios del Plan de Salud.
- **Analizar con su médico (u otra persona que emite la receta) si puede usar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a Servicios del Plan de Salud para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica.

En algunas situaciones, se nos exige que cubramos un suministro temporal de un medicamento que no está en el *Formulario de medicamentos*, en los primeros 90 días del año del plan o en los primeros 90 días de membresía para evitar una interrupción en la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede recibir un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la sección 5.2 del capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Mientras reciba un suministro temporal del medicamento, debería consultar a su médico respecto de qué hacer cuando se le acabe el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente que el plan cubra o pedir al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

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

La mayoría de los cambios en la *Lista de medicamentos* son nuevos al inicio de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios que están permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando hacemos estos cambios a la *Lista de medicamentos* durante el año, usted todavía puede analizar con su médico (u otra persona que emite la receta) y solicitar que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra *Lista de medicamentos* en Internet según lo programado y proporcionaremos otra información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios

que podemos hacer a 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 está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Extra Help” [Ayuda adicional]), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no lo afecte.** Le enviamos un documento aparte, denominado “Cláusula adicional de la *Evidencia de cobertura* para personas que reciben Extra Help para pagar medicamentos con receta” (también denominada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le explica los costos de sus medicamentos. Si recibe "Extra Help" (Ayuda adicional) y no ha recibido este documento antes del 30 de septiembre de 2019, comuníquese con Servicios del Plan de Salud y solicite la “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” (Low Income Subsidy, LIS). Los números de teléfono de Servicios del Plan de Salud se encuentran en la sección 6.1 de este folleto.

Existen cuatro “etapas para el pago de medicamentos”. La cantidad que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago del medicamento en la que se encuentre. (También puede ver la sección 2 del capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información que se encuentra a continuación muestra los cambios para el año que viene respecto de las dos primeras etapas: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. La mayoría de los miembros nunca llega a las otras dos etapas, la etapa de brecha de cobertura o la etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las secciones 6 y 7 del capítulo 6 en la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.denverhealthmedicalplan.org. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para pedirnos que le enviemos la *Evidencia de cobertura* por correo.

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Etapa 1: etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$375 (niveles 2-5).</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$4 de costo compartido para los medicamentos de nivel 1 y \$0 para los medicamentos de nivel 6, y el costo total de los medicamentos de nivel 2, nivel 3, nivel 4 y nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$250 (niveles 2-5).</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$3 de costo compartido para los medicamentos de nivel 1 y \$0 para los medicamentos de nivel 6, y el costo total de los medicamentos de nivel 2, nivel 3, nivel 4 y nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en el costo compartido en la etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte la sección 1.2 del capítulo 6, *Tipos de costos de desembolso directo que puede pagar por los medicamentos cubiertos* en la *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte del costo de los medicamentos que le corresponde y usted paga la suya.</p> <p>Los costos de esta fila corresponden al suministro para un mes (30 días) cuando adquiere su medicamento con receta en una farmacia de la red que proporciona costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o sobre los medicamentos con receta enviados por correo, consulte la sección 5 del capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1, medicamentos genéricos preferidos: no sujeto a deducible. 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 preferidos: usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Nivel 4, medicamentos de marca no preferidos: usted paga el 50% del costo total.</p> <p>Nivel 5, medicamentos de especialidad: usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Nivel 6, medicamentos selectos: no sujeto al deducible. Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.</p> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$3,820, usted pasará a la etapa siguiente (la etapa de brecha de cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1, medicamentos genéricos preferidos: no sujeto a deducible. Usted paga \$3 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 2, medicamentos genéricos: usted paga \$9 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel 3, medicamentos de marca preferidos: usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Nivel 4, medicamentos de marca no preferidos: usted paga el 50% del costo total.</p> <p>Nivel 5, medicamentos de especialidad: usted paga el 28% del costo total.</p> <p>Nivel 6, medicamentos selectos: no sujeto al deducible. Usted paga \$0.00 por medicamento con receta.</p> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$4,020, usted pasará a la etapa siguiente (la etapa de brecha de cobertura).</p>

Cambios en las etapas de brecha de cobertura y de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la etapa de brecha de cobertura y la etapa de cobertura catastrófica, son para aquellas personas con altos costos en medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la etapa de brecha de cobertura ni a la etapa de cobertura catastrófica.** Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las secciones 6 y 7 del capítulo 6 en la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si desea continuar en Denver Health Medicare Select (HMO)

Para permanecer en nuestro plan usted no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, seguirá automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan en el 2020.

Sección 2.2: Si desea cambiar de planes

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar para el 2020, siga estos pasos:

Paso 1: conozca sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare oportunamente.
- *O BIEN--*, puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la sección 2.1 con respecto a una posible penalización de inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y usted de 2020*, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro 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 a través del Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) del sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos). **Ahí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

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

Paso 2: cambie su cobertura.

- Para cambiarse a **otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará su inscripción en Denver Health Medicare Select (HMO).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará su inscripción en Denver Health Medicare Select (HMO).
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para que se cancele su inscripción. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la sección 6.1 de este folleto).
 - – o bien –, ponerse en contacto con **Medicare** llamando 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 3 Fecha límite para cambiar de planes

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo entre el **15 de octubre al 7 de diciembre**. Este cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2020.

¿Hay otros momentos del año para hacer el cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, que reciben "Extra Help" (Ayuda adicional) para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura de un empleador, y las personas que se mudan fuera del área de servicio pueden cambiarse en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la sección 2.3 del capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Si usted se inscribió en un plan Medicare Advantage antes del 1 de enero de 2020 y no está conforme con su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2020. 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 Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En Colorado, SHIP se llama Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado (Colorado SHIP).

El Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado (Colorado SHIP) es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento local **gratuito** sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado (Colorado SHIP) pueden ayudarlo con los problemas y preguntas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca de cambios de planes. Puede llamar al Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado (Colorado SHIP) sin costo al 1-888-696-7213. Puede obtener más información sobre el Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado (Colorado SHIP) visitando su sitio web, <https://www.colorado.gov/pacific/dora/ship-locations>.

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que usted reúna los requisitos para recibir ayuda con el pago de los medicamentos con receta.

- **“Extra Help” (Ayuda adicional) de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir “Extra Help” para pagar los costos de medicamentos con receta. Si usted reúne determinados requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso primas mensuales por medicamentos con receta médica, deducibles anuales y coseguro. Además, aquellos que reúnan los requisitos no tendrán una brecha de cobertura ni una penalización por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir este beneficio y ni siquiera lo saben. Para saber si usted es una de ellas, comuníquese con las siguientes entidades:
 - 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 (Social Security Office) llamando 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).
 - Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas que son elegibles para recibir los

beneficios de ADAP y que viven con VIH/sida a acceder a medicaciones contra el VIH que permiten salvar vidas. Las personas deben cumplir con ciertos requisitos, que incluyen pruebas de residencia en ese estado y de situación respecto del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo define el estado, y pruebas de que no tienen seguro o tienen un seguro que cubre poco. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP reúnen los requisitos para recibir asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida de Colorado (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame al 303-692-2700 o al 303-692-2716.

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de Denver Health Medicare Select (HMO)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o al 1-877-956-2111. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de cobertura de 2020* (Incluye detalles sobre los beneficios y los costos del próximo año).

Este *Aviso anual de cambios* es un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2020. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2020* de Denver Health Medicare Select (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. En esta se explican sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos con receta. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.denverhealthmedicalplan.org. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para pedirnos que le enviemos la *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web.

Puede también visitar nuestro sitio web en www.denverhealthmedicalplan.org. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y la lista de medicamentos cubiertos (*Formulario de medicamentos/Lista de medicamentos*).

Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para recibir 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.

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

Lea *Medicare y usted de 2020*

Puede leer el manual *Medicare y usted de 2020*. Este folleto se envía por correo todos los años en otoño 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 que se hacen sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo 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.