



Allwell Dual Medicare (HMO SNP) es ofrecido por Superior Health Plan, Inc.

Aviso Anual de Cambios para 2019

Usted está afiliado actualmente a Allwell Dual Medicare (HMO SNP). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y los beneficios del plan. *Este cuadernillo brinda información sobre esos cambios.*

Qué hacer ahora

1. AVERIGÜE: Qué cambios lo afectarán

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si será afectado por ellos.
 - Es importante que analice su cobertura ahora para asegurarse de que se ajuste a sus necesidades del próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.5 y 1.6 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y los costos de nuestro plan.

- Consulte en el cuadernillo los cambios en nuestra cobertura de medicamentos que requieren receta médica para saber si será afectado por ellos.
 - ¿Sus medicamentos tendrán cobertura?
 - ¿Están en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de surtir una receta médica?
 - ¿Puede continuar utilizando las mismas farmacias? ¿Hay algún cambio en los costos por utilizar esta farmacia?
 - Consulte la *Lista de Medicamentos* para 2019 y la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Consulte a su médico sobre alternativas más económicas para usted; así podrá ahorrar en los costos de desembolso anual durante todo el año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, ingrese en <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos cuadros

señalan qué fabricantes han estado aumentando los precios y también muestran información comparativa sobre los precios de los medicamentos año tras año. Tenga en cuenta que los beneficios del plan determinarán con exactitud cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.

- ¿Sus médicos se encuentran en nuestra red?
- ¿Y los hospitales y otros proveedores que utiliza?
- Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre el *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

Considere los costos generales de su atención de salud.

- ¿Cuánto gastará de su bolsillo para pagar los servicios y medicamentos que requieren receta médica que utiliza con regularidad?
- ¿Cuánto gastará en la prima y en los deducibles?
- ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

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

- Utilice la herramienta de búsqueda personalizada del 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 de su manual *Medicare y Usted*.
- Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.

Una vez que haya elegido un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan

- Si decide **conservar** Allwell Dual Medicare (HMO SNP), no necesita hacer nada. Permanecerá en Allwell Dual Medicare (HMO SNP).
- Si desea **cambiarse a otro plan** que se ajuste mejor a sus necesidades, puede hacerlo desde ahora hasta el 31 de diciembre. Consulte la Sección 3.2, en la página 16, para obtener más información sobre sus opciones.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, debe afiliarse al nuevo plan desde **ahora** hasta el **31 de diciembre de 2018**

- Si **no lo hace antes del 31 de diciembre de 2018**, permanecerá en Allwell Dual Medicare (HMO SNP).

- Si se afilia antes del 31 de diciembre de 2018, la nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.
- A partir de 2019, habrá nuevos límites en la frecuencia con la que puede cambiar de plan. Consulte la Sección 4, en la página 17, para obtener más información.

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible en forma gratuita, en español.
- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-877-935-8023, para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Fuera de los horarios de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, se utiliza un sistema de mensajería.
- Debemos proporcionar la información de una manera que le sirva (en idiomas distintos del inglés, en audio, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.).
- **La cobertura conforme a este plan califica como cobertura de salud calificada** y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible. Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas, <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>, para obtener más información.

Acerca de Allwell Dual Medicare (HMO SNP)

- Allwell tiene contrato con Medicare para ofrecer planes de HMO, de HMO SNP y de PPO, y con algunos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Allwell está sujeta a la renovación del contrato.
 - En este cuadernillo, “nosotros”, “nos” o “nuestro” hacen referencia a Superior Health Plan, Inc. Utilizaremos las palabras “plan” o “nuestro plan” para referirnos a Allwell Dual Medicare (HMO SNP).
-

Resumen de Costos Importantes para 2019

En la tabla que aparece a continuación, se comparan los costos de 2018 y de 2019 de Allwell Dual Medicare (HMO SNP) en varios aspectos importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios. Es importante que lea el resto de este Aviso Anual de Cambios** y consulte la *Evidencia de Cobertura* para saber si será afectado por otros cambios en los beneficios o los costos.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* La prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.</p>	\$0	\$0
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Visitas al médico de atención primaria: Usted paga un copago de \$0 por visita.</p> <p>Visitas a especialistas: Usted paga un copago de \$0 por visita.</p>	<p>Visitas al médico de atención primaria: Usted paga un copago de \$0 por visita.</p> <p>Visitas a especialistas: Usted paga un copago de \$0 por visita.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes internados</p> <p>Se incluyen servicios hospitalarios para pacientes internados agudos, servicios de rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día que lo admiten formalmente en el hospital, con la indicación de un médico. El día anterior a que reciba el alta es su último día de internación.</p>	<p>Por cada admisión cubierta por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <p>Días 1 al 90: usted paga un copago \$0 por cada hospitalización médicamente necesaria.</p> <p>Días 1 al 60 de reserva vitalicia: usted paga un copago de \$0 por día.</p> <p>Una vez agotados estos días de reserva vitalicia, usted debe pagar todos los costos.</p>	<p>Por cada período de beneficios cubierto por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <p>Días 1 al 90: usted paga un copago \$0 por cada hospitalización médicamente necesaria.</p> <p>Días 1 al 60 de reserva vitalicia: usted paga un copago de \$0 por día.</p> <p>Una vez agotados estos días de reserva vitalicia, usted debe pagar todos los costos.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$50 (Se aplica a los medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5).</p> <p>Copagos/coseguros según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días). • Nivel 2: medicamentos genéricos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$19 por un suministro de un mes (30 días). • Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$47 por un suministro de un mes (30 días). 	<p>Deducible: \$100 (Se aplica a los medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5).</p> <p>Copagos/coseguros según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$1 por un suministro de un mes (30 días). • Nivel 2: medicamentos genéricos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$19 por un suministro de un mes (30 días). • Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$47 por un suministro de un mes (30 días).

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 4: medicamentos no preferidos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$100 por un suministro de un mes (30 días). • Nivel 5: nivel de especialidades: Costo compartido estándar: usted paga el 32% del costo total por un suministro de un mes (30 días). • Nivel 6: determinados medicamentos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días). 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 4: medicamentos no preferidos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$100 por un suministro de un mes (30 días). • Nivel 5: nivel de especialidades: Costo compartido estándar: usted paga el 31% del costo total por un suministro de un mes (30 días). • Nivel 6: determinados medicamentos: Costo compartido estándar: usted paga un copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días).
<p>Monto de desembolso máximo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de desembolso por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	<p style="text-align: center;">\$6,700</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de desembolso para alcanzar el monto de desembolso máximo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p style="text-align: center;">\$6,700</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de desembolso para alcanzar el monto de desembolso máximo por 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 Cambios en los Beneficios y los Costos de Medicare para el Próximo Año	5
Sección 1.1: Cambios en la Prima Mensual	5
Sección 1.2: Cambios en el Monto de Desembolso Máximo	5
Sección 1.3: Cambios en la Red de Proveedores.....	6
Sección 1.4: Cambios en la Red de Farmacias	6
Sección 1.5: Cambios en los Beneficios y los Costos de los Servicios Médicos	7
Sección 1.6: Cambios en la Cobertura de Medicamentos Que Requieren Receta Médica de la Parte D.....	9
SECCIÓN 2 Cambios Administrativos	14
SECCIÓN 3 Cómo Decidir Qué Tipo de Plan Elegir	16
Sección 3.1: Si Desea Permanecer en Allwell Dual Medicare (HMO SNP).....	16
Sección 3.2: Si Desea Cambiar de Plan.....	16
SECCIÓN 4 Cambiar de Plan	17
SECCIÓN 5 Programas Que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare y Medicaid	18
SECCIÓN 6 Programas Que Ayudan a Pagar los Medicamentos Que Requieren Receta Médica	18
SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?	19
Sección 7.1: Cómo Obtener Ayuda de Allwell Dual Medicare (HMO SNP)	19
Sección 7.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare	20
Sección 7.3: Cómo Obtener Ayuda de Medicaid	20

SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y los Costos de Medicare para el Próximo Año

Sección 1.1: Cambios en la Prima Mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0 Su prima se basa en su condición de receptor del subsidio por ingreso bajo.	\$0 Su prima se basa en su condición de receptor del subsidio por ingreso bajo.

Sección 1.2: Cambios en el Monto de Desembolso Máximo

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

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Monto de desembolso máximo Debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alguna vez alcanzan este desembolso máximo. Usted no es responsable de pagar ningún costo de desembolso para alcanzar el monto de desembolso máximo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los costos de los servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto de desembolso máximo. Los costos de los medicamentos que requieren receta médica no cuentan para el monto de desembolso máximo.	\$6,700	\$6,700 Una vez que haya pagado \$6,700 de desembolso por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en la Red de Proveedores

Se han implementado cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Encontrará un *Directorio de Farmacias y Proveedores* actualizado en nuestro sitio web, allwell.superiorhealthplan.com. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos un *Directorio de Farmacias y Proveedores* por correo. **Consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores para 2019, para saber si sus proveedores (de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.***

Es importante que sepa que es posible que implementemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Existen muchas razones por las que es posible que su proveedor deje el plan, pero, en caso de que efectivamente lo haga, usted cuenta con algunos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare exige que le brindemos un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe y le informaremos con, por lo menos, 30 días de anticipación que su proveedor dejará el plan, para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para satisfacer sus necesidades de atención de salud.
- Si está bajo tratamiento médicamente necesario, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa. Lo ayudaremos a garantizar la continuidad del tratamiento.
- Si cree que no se le proporcionó un proveedor calificado para reemplazar al anterior, o que no está recibiendo la atención correcta, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista está por dejar 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 que requieren receta médica dependen de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *únicamente* si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Se han implementado cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Encontrará un *Directorio de Farmacias y Proveedores* actualizado en nuestro sitio web, allwell.superiorhealthplan.com. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos un *Directorio de Farmacias y Proveedores* por correo.

Consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores para 2019*, para saber qué farmacias se encuentran en nuestra red.

Sección 1.5: Cambios en los Beneficios y los Costos de los Servicios Médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso Anual de Cambios* solo incluye información sobre los cambios en sus beneficios y los costos de Medicare.

Estamos haciendo cambios en la cobertura de ciertos servicios médicos para el próximo año. A continuación, se describen estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*, de la *Evidencia de Cobertura para 2019*.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Cobertura internacional de emergencia/urgencia	La cobertura internacional de emergencia no está cubierta.	Usted paga un copago de \$0 por servicios internacionales de atención de emergencia/urgencia recibidos fuera de los Estados Unidos. Hay un límite anual de \$50,000 para la cobertura internacional de emergencia/urgencia.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (incluidas cirugías)	Centro hospitalario ambulatorio: Usted paga un copago de \$0 por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio cubierta por Medicare (incluidos los servicios de observación).	Centro hospitalario ambulatorio: usted paga un copago de \$0 por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio cubierta por Medicare. Servicios de observación para pacientes ambulatorios: usted paga un copago de \$0 por cada visita cubierta por Medicare.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Servicios de ambulancia	Usted paga un copago de \$0 por cada viaje de un trayecto en ambulancia cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$0 por cada viaje de un trayecto en ambulancia aérea cubierto por Medicare. Usted paga un copago de \$0 por cada viaje de un trayecto en ambulancia terrestre cubierto por Medicare.
Artículos de venta libre	Usted paga un copago de \$0 por los artículos de venta libre cubiertos disponibles a través de nuestro servicio de compra por correo. Límite de artículos de venta libre: \$110 por trimestre calendario (limitado a un pedido a través de nuestros servicios de compra por correo). Los saldos que no se hayan utilizado para el final de cada trimestre se perderán.	Usted paga un copago de \$0 por los artículos de venta libre cubiertos disponibles a través de nuestro servicio de compra por correo. Límite de artículos de venta libre: \$325 por trimestre calendario (limitado a un pedido a través de nuestros servicios de compra por correo). Los saldos que no se hayan utilizado para el final de cada trimestre se perderán. Puede pedir hasta 15 artículos iguales por trimestre. No hay límites para la cantidad total de artículos en su pedido.
Visitas virtuales	Las visitas virtuales <u>no</u> están cubiertas.	Usted paga un copago de \$0 por cada visita con un proveedor de Teladoc. Las visitas virtuales a través de Teladoc están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Se puede acceder por teléfono, mediante una aplicación para teléfonos inteligentes o en línea.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Programas para dejar de fumar y de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar), incluidas visitas adicionales para dejar de fumar	Las sesiones de orientación adicionales para dejar de fumar <u>no</u> están cubiertas.	Usted paga un copago de \$0 por cada visita adicional para dejar de fumar. Hasta 5 sesiones de orientación adicionales para dejar de fumar están cubiertas a través de Teladoc por año. Consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> para 2019 para obtener detalles.
Servicios de audición: audífonos	El beneficio máximo es de un audífono por año calendario, ya sea para el oído derecho o el izquierdo. Usted tiene una asignación máxima de \$1,000 por año calendario. Si desea más información sobre los beneficios del plan, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> para 2018.	Usted paga un copago de \$0 por un (1) audífono para el oído izquierdo o derecho por año; el beneficio máximo es de dos (2) audífonos. La selección puede estar limitada a marcas y tipos específicos. Si desea más información sobre los beneficios del plan, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> para 2019.
Medicamentos de Medicare Parte B	Para 2018, el plan no le exige que pruebe primero otros medicamentos terapéuticos similares (terapia escalonada) antes de aprobar los medicamentos de Medicare Parte B.	Para 2019, el plan puede exigirle que pruebe primero otros medicamentos terapéuticos similares (terapia escalonada) antes de aprobar los medicamentos de Medicare Parte B.

Sección 1.6: Cambios en la Cobertura de Medicamentos Que Requieren Receta Médica de la Parte D

Cambios en Nuestra *Lista de Medicamentos*

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina *Formulario* o “Lista de Medicamentos”. Puede obtener una copia de nuestra *Lista de Medicamentos* de manera electrónica.

Hemos implementado cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*, que incluyen cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Consulte la *Lista de Medicamentos* para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si se aplicará alguna restricción.**

Si lo afecta algún cambio en la cobertura de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- **Hablar con su médico (o persona que receta) y solicitarle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de la *Evidencia de Cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas))* o llame al Departamento de Servicios al Afiliado.
- **Consultar a su médico (o persona que receta) para buscar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no figura en el *Formulario* dentro de los primeros 90 días del año del plan o dentro de los primeros 90 días de su afiliación al plan, para evitar que se interrumpa el tratamiento. Para el 2019, los afiliados en centros de atención a largo plazo recibirán un suministro temporal igual a la cantidad de días de suministro temporal brindado en todos los demás casos: 31 días de medicamentos, en lugar de la cantidad brindada en 2018 (98 días de medicamentos). (El Capítulo 5, Sección 5.2, de la *Evidencia de Cobertura* explica cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo debe solicitarlo). Durante el tiempo en el que usted obtiene un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su médico para decidir qué debe hacer cuando este se le acabe. Podrá cambiar a un medicamento distinto cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Las excepciones al *Formulario* actuales seguirán cubiertas el próximo año, a menos que se indique lo contrario en su carta de decisión.

La mayoría de los cambios en la *Lista de Medicamentos* tienen lugar al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que, durante el año, realicemos otros cambios que cumplen con las reglas de Medicare.

A partir de 2019, es posible que retiremos repentinamente un medicamento de marca de nuestra *Lista de Medicamentos* si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con uno genérico del mismo nivel de costo compartido o con uno de un nivel inferior, y con menos o igual cantidad de restricciones. Además, cuando agreguemos el medicamento genérico, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra *Lista de Medicamentos*, pero que lo traslademos inmediatamente a otro nivel de costo compartido o agreguemos nuevas restricciones. Esto significa que si está tomando un medicamento de marca que se reemplaza con un nuevo medicamento genérico (o si el nivel del medicamento de marca o su restricción cambian), ya no recibirá un aviso de cambio 60 días antes de que lo hagamos. Tampoco recibirá una repetición de

60 días de su medicamento de marca en la farmacia de la red. Si toma un medicamento de marca, aún recibirá la información sobre los cambios específicos que realizamos, pero es posible que la reciba después de que hayamos realizado dichos cambios.

Además, a partir de 2019, si está tomando un medicamento y durante el año realizamos otros cambios en la *Lista de Medicamentos* que requieran que le brindemos un aviso por adelantado, le informaremos 30 días antes, en lugar de 60 días, de realizar dicho cambio. También podemos darle una repetición de su medicamento de marca para 30 días, en lugar de para 60 días, en una farmacia de la red.

Cuando realizamos estos cambios en la *Lista de Medicamentos* durante el año, aún puede hablar con su médico (o persona que receta) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. Seguiremos actualizando nuestra *Lista de Medicamentos* en línea como se programó y brindaremos información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la *Lista de Medicamentos*, consulte el Capítulo 5, Sección 6, de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en los Costos de los Medicamentos Que Requieren Receta Médica

Nota: Si participa en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D es posible que no se aplique a usted.** Le enviamos un encarte aparte denominado “Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para las Personas Que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Sus Medicamentos Que Requieren Receta Médica” (también denominada “Cláusula Adicional de Subsidio por Ingreso Bajo” o “Cláusula Adicional LIS”), que le brinda información sobre los costos de los medicamentos. Debido a que usted obtiene “Ayuda Adicional” y no ha recibido este encarte antes del 30 de septiembre de 2018, llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite la “Cláusula Adicional LIS”. Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado están en la Sección 7.1 de este cuadernillo.

Existen cuatro “etapas de pago de medicamentos”. El monto que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa en la que se encuentra. (También puede consultar el Capítulo 6, Sección 2, de la *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre estas etapas).

A continuación, se muestran 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 afiliados no llegan a las otras dos etapas, la Etapa de brecha 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 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 del nivel 2 (genéricos), nivel 3 (de marca preferidos), nivel 4 (no preferidos) y nivel 5 (nivel de especialidades) hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$50.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por los medicamentos del nivel 1 (genéricos preferidos) y \$0 de costo compartido por los medicamentos del nivel 6 (determinados medicamentos), y paga el costo total de los medicamentos del nivel 2 (genéricos), nivel 3 (de marca preferidos), nivel 4 (no preferidos) y nivel 5 (nivel de especialidades) hasta que alcance el deducible anual.</p> <p>Su monto del deducible es de \$0 o \$50, según el nivel de “Ayuda Adicional” que recibe. (Consulte el encarte aparte, la “Cláusula Adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p>	<p>El deducible es de \$100.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$1 de costo compartido por los medicamentos del nivel 1 (genéricos preferidos) y \$0 de costo compartido por los medicamentos del nivel 6 (determinados medicamentos), y paga el costo total de los medicamentos del nivel 2 (genéricos), nivel 3 (de marca preferidos), nivel 4 (no preferidos) y nivel 5 (nivel de especialidades) hasta que alcance el deducible anual.</p> <p>Su monto del deducible es de \$0 u \$85, según el nivel de “Ayuda Adicional” que recibe. (Consulte el encarte aparte, la “Cláusula Adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p>

Cambios en Su Costo Compartido en la Etapa de Cobertura Inicial

Para obtener información sobre cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos de desembolso que puede pagar por medicamentos que requieren receta médica*, de la *Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasará a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:</p>

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>etapa, el plan paga la parte del costo que le corresponde de los medicamentos, y usted paga su parte del costo.</p>	<p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: usted paga un copago de \$0 por receta médica.</p>	<p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: usted paga un copago de \$1 por receta médica.</p>
<p>Los costos que se indican en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta médica en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Si desea obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de los medicamentos que requieren receta médica de compra por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5, de la <i>Evidencia de Cobertura.</i></p>	<p>Nivel 2: medicamentos genéricos: usted paga un copago de \$19 por receta médica.</p>	<p>Nivel 2: medicamentos genéricos: usted paga un copago de \$19 por receta médica.</p>
<p>Hemos cambiado el nivel para algunos medicamentos de nuestra <i>Lista de Medicamentos.</i> Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la <i>Lista de Medicamentos.</i></p>	<p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: usted paga un copago de \$47 por receta médica.</p>	<p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: usted paga un copago de \$47 por receta médica.</p>
	<p>Nivel 4: medicamentos no preferidos: usted paga un copago de \$100 por receta médica.</p>	<p>Nivel 4: medicamentos no preferidos: usted paga un copago de \$100 por receta médica.</p>
	<p>Nivel 5: nivel de especialidades: usted paga el 32% del costo total.</p>	<p>Nivel 5: nivel de especialidades: usted paga el 31% del costo total.</p>
	<p>Nivel 6: determinados medicamentos: usted paga un copago de \$0 por receta médica.</p>	<p>Nivel 6: determinados medicamentos: usted paga un copago de \$0 por receta médica.</p>
	<p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$3,750, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha de cobertura).</p>	<p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$3,820, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha de cobertura).</p>

Cambios en las Etapas de Brecha de Cobertura y Cobertura Catastrófica

La Etapa de brecha de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica son las otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas que gastan mucho dinero en medicamentos. **La mayoría de los afiliados no llegan a ninguna de estas 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 2 Cambios Administrativos

Proceso	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Desembolso máximo	<p>El desembolso máximo se aplica a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Todos los beneficios cubiertos por Medicare dentro de la red. - Exámenes de la vista de rutina. - Pruebas auditivas de rutina. 	<p>El desembolso máximo se aplica a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Todos los beneficios cubiertos por Medicare dentro de la red. - Servicios internacionales de atención de emergencia y urgencia. - Las primeras tres pintas de sangre.
Autorización previa	<p>Los requisitos de Autorización Previa se enumeran en la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i>, Capítulo 4, de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para 2018. Su proveedor deberá presentar todas las autorizaciones previas.</p>	<p>Es posible que los requisitos de Autorización Previa hayan cambiado para el 2019. Su proveedor deberá presentar todas las autorizaciones previas. Si desea obtener más información sobre los beneficios que requieren autorización previa, consulte la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> en el Capítulo 4 de esta <i>Evidencia de Cobertura</i> para 2019.</p>

Proceso	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Remisiones	Los requisitos para las remisiones se enumeran en la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> , Capítulo 4, de esta <i>Evidencia de Cobertura</i> para 2018.	Es posible que los requisitos para las remisiones hayan cambiado para el 2019. Si desea obtener más información sobre los beneficios que requieren una remisión, consulte la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> en el Capítulo 4 de esta <i>Evidencia de Cobertura</i> para 2019.
Área de servicio	Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados: Dallas y Tarrant.	Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados: Dallas, Smith y Tarrant.
<u>Suministros preferidos para realizar pruebas de diabetes</u> Medidores del nivel de glucosa en sangre, tiras reactivas para el control del nivel de glucosa en sangre y soluciones para el control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores.	En 2018, puede obtener medidores del nivel de glucosa en sangre, tiras reactivas y soluciones de cualquier fabricante.	En 2019, puede obtener los suministros Accu-Chek y OneTouch en una farmacia dentro de la red. Para todas las otras marcas, debe solicitar una excepción.
Programa de repetición automática de compra por correo	N/A	En 2019, puede inscribirse para recibir repeticiones de sus medicamentos de forma automática a través de nuestras farmacias de compra por correo. Su farmacia de compra por correo se comunicará con usted antes de realizar cada envío.

Proceso	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Beneficios de artículos de venta libre	En 2018, no tiene límites en los artículos de un producto específico por período de beneficios.	En 2019, puede pedir hasta 15 artículos iguales por trimestre. Aún no hay límites para la cantidad total de artículos en su pedido.

SECCIÓN 3 Cómo Decidir Qué Tipo de Plan Elegir

Sección 3.1: Si Desea Permanecer en Allwell Dual Medicare (HMO SNP)

Si desea permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se afilia a otro plan ni se cambia a Medicare Original, permanecerá afiliado automáticamente a nuestro plan para 2019.

Sección 3.2: Si Desea Cambiar de Plan

Esperamos mantenerlo como afiliado el próximo año, pero, si desea hacer un cambio para 2019, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas

- Puede afiliarse a otro plan de salud de Medicare.
- *O* puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si se va a afiliar a un plan de medicamentos de Medicare.

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

Para saber más sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y Usted 2019*, llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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

Paso 2: Cambie de cobertura

- Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente, afíliese al nuevo plan. Se cancelará automáticamente su afiliación a Allwell Dual Medicare (HMO SNP).
- Para cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos que requieren receta médica, afíliese al nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su afiliación a Allwell Dual Medicare (HMO SNP).
- Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos que requieren receta médica, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su afiliación. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado si necesita obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están en la Sección 7.1 de este cuadernillo).
 - O comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su afiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Medicare Original y **no** se inscribe en un plan de medicamentos que requieren receta médica de Medicare por separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya decidido no participar en la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cambiar de Plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Medicare Original el próximo año, puede hacerlo desde ahora hasta el 31 de diciembre. El cambio entrará en vigor a partir del 1.º de enero de 2019.

¿Puede hacer cambios en otras épocas del año?

En algunos casos, también se permite hacer cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen cobertura de un empleador o van a dejarla, y las que se mudan fuera del área de servicio pueden hacer cambios en otras épocas del año. A partir de 2019, habrá nuevos límites en 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 participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan.

Si se afilia a un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2019 y no está conforme con el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare) o puede cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare) 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 del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se denomina Programa de Orientación, Defensa e Información sobre la Salud (por sus siglas en inglés, HICAP).

El HICAP es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar orientación local y **gratuita** sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare. Los asesores del HICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. También pueden ayudarlo a comprender sus opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al HICAP, al 1-800-252-9240. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos). Puede obtener más información sobre el HICAP en su sitio web (<https://hhs.texas.gov/services/health/medicare>).

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Texas Medicaid, comuníquese con Texas Medicaid al 1-877-541-7905 o al 211 dentro de Texas (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Pregunte cómo afecta la manera en que usted obtiene su cobertura de Texas Medicaid el hecho de afiliarse a otro plan o volver a utilizar Medicare Original.

SECCIÓN 6 Programas Que Ayudan a Pagar los Medicamentos Que Requieren Receta Médica

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

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda Adicional”, también denominada “subsidio por ingreso bajo”. La Ayuda Adicional paga parte de las primas de medicamentos que requieren receta médica, los deducibles anuales y coseguros. Dado que usted reúne los requisitos, no tiene una brecha de cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la Ayuda Adicional, llame a:
 - 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, al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (por solicitudes).
 - La Oficina de Medicaid de su estado (por solicitudes).

- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene un programa llamado Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (por sus siglas en inglés, THMP), que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos que requieren receta médica según sus necesidades económicas, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con el Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización están en la Sección 5 de este cuadernillo).
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos que requieren receta médica para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (por sus siglas en inglés, ADAP) ayuda a garantizar que las personas con VIH/sida que reúnen los requisitos para el programa tengan acceso a medicamentos esenciales contra el VIH. Las personas deben cumplir ciertos requisitos, incluidos los siguientes: prueba de residencia dentro del estado y condición de portadoras de VIH; bajos ingresos, como lo define el estado; y no estar aseguradas, o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para la asistencia de costo compartido a través del THMP. Para obtener más información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o formas de inscripción en este programa, llame al 1-800-255-1090 (TTY: 711).

SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?

Sección 7.1: Cómo Obtener Ayuda de Allwell Dual Medicare (HMO SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-877-935-8023. (Los usuarios de TTY únicamente deben llamar al 711). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Fuera de los horarios de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, se utiliza un sistema de mensajería. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de Cobertura* para 2019 (contiene detalles sobre los beneficios y los costos para el próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* le brinda un resumen de los cambios en los beneficios y los costos para 2019. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* para 2019 de Allwell Dual Medicare (HMO SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios del plan. Le explica sus derechos y las reglas que debe cumplir para obtener medicamentos que requieren receta médica y servicios cubiertos.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web, allwell.superiorhealthplan.com. Recuerde que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Farmacias y Proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (*Formulario/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 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 con el buscador de planes de Medicare que se encuentra en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, ingrese en <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos)).

Lea el manual *Medicare y Usted 2019*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2019*. Todos los años en otoño, este manual se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no posee una copia de este manual, 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, llame a Texas Medicaid, al 1-877-541-7905 o al 211 dentro de Texas. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 (Servicio Nacional de Retransmisión de Datos), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.