**[MA-PD PPO (and ISNPs and CSNPs) models]  
[2020 ANOC model]**

***[Insert 2020 plan name] ([insert plan type]) ofrecido por [insert MAO name]***

# Aviso anual de cambios para 2020

*[****Optional:*** *insert member name]*  
*[****Optional:*** *insert member address]*

Actualmente, usted está inscrito como miembro de *[insert 2019 plan name]*. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan*. Este folleto describe los cambios.*

* **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 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 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 las Secciones *[insert section number]* y *[insert section number]* 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 se 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 2020 y consulte la Sección *[insert section number]* para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
* Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado con respecto al año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos anuales 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 cambiar sus propios costos de medicamentos.
* Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
* ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que consulta regularmente, se encuentran en nuestra red?
* ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
* Consulte la Sección *[insert section number]* 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.

1. **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](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 *[edit section number as needed]* 4.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.
* Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

1. **ELIJA:** decida sidesea cambiar su plan

* Si desea **conservar** *[insert plan name]*, no es necesario que haga nada. Permanecerá en*[insert plan name]*.
* 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.

*[I-SNPs: Replace the above bullet with the below bullet. Otherwise, delete the below bullet:*

* *Si desea cambiar a un* ***plan diferente*** *que satisfaga mejor sus necesidades, puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.]*

*[I-SNPs: Delete the ENROLL section below if not applicable]*

1. **INSCRÍBASE:** para cambiar los planes, inscríbase 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**, permanecerá en *[insert 2019 plan name]*. [*If the plan is being crosswalked, replace previous sentence with:* Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2019**, permanecerá inscrito en *[insert 2020 plan name].*]
* 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

* [*Plans that meet the 5% alternative language threshold insert:* Este documento está disponible de forma gratuita en *[insert languages that meet the 5% threshold]*.
* Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al *[insert phone number]*. (Los usuarios de TTY deben llamar al *[insert TTY number]*). Atendemos de *[insert days and hours of operation]*.]
* *[Plans must insert language about availability of alternate formats (e.g., Braille, large print, audio tapes) as applicable.]*
* **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 *[insert 2020 plan name]*

* *[Insert Federal contracting statement.]*
* Cuando este folleto dice“nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a *[insert MAO name]*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a *[insert 2020 plan name]*.

[*Insert as applicable: [insert Material ID]* CMS Approved[MMDDYYYY]  *OR [insert Material ID]* File & Use[MMDDYYYY]]

Resumen de costos importantes para 2020

La siguiente tabla compara los costos de 2019 y 2020 para *[insert 2020 plan name]* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en *[insert URL]*. [*Insert as applicable*: También puede consultar la *Evidencia de cobertura* adjunta OR anexa OR que se envía por separado para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan.]También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

[*If using Medicare FFS amounts (e.g. Inpatient and SNF cost sharing) the plan must insert the 2019 Medicare amounts and must insert: “*Estos son los montos de costo compartido para 2019 y pueden cambiar para 2020. *[Insert plan name]* proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan*”. Member cost-sharing amounts may not be left blank.*]

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Prima mensual del plan\*  \* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección *[edit section number as needed]* 2.1 para obtener detalles. | *[Insert 2019 premium amount]* | *[Insert 2020 premium amount]* |
| *[Plans with no deductible may delete this row.]*  Deducible | *[Insert 2019 deductible amount]* | *[Insert 2020 deductible amount]* |
| Montos máximos que paga  de su bolsillo  Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B].  (Consulte la Sección *[edit section number as needed]* 2.2 para obtener detalles). | De proveedores de la red: *[Insert 2019 in-network MOOP amount]*  De proveedores de la red y fuera de la red combinados: *[insert 2019 combined MOOP amount]* | De proveedores de la red: *[Insert 2020 in-network MOOP amount]*  De proveedores de  la red y fuera de la red combinados: *[insert 2020 combined MOOP amount]* |
| Consultas en el consultorio del médico | Consultas de atención primaria: *[insert 2019 cost-sharing for PCPs]* por consulta  Consultas a especialistas: *[insert 2019 cost-sharing for specialists]* por consulta | Consultas de atención primaria: *[insert 2020 cost-sharing for PCPs]* por consulta  Consultas a especialistas: *[insert 2020 cost-sharing for specialists]* por consulta |
| Hospitalizaciones  Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. | *[Insert 2019 cost-sharing]* | *[Insert 2020 cost-sharing]* |
| Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D  (Consulte la Sección *[edit section number as needed]* 2.6 para obtener detalles). | Deducible: *[insert 2019 deductible amount]*  *[Copayment/Coinsurance as applicable]* durante la Etapa de cobertura inicial:   * Medicamentos de Nivel 1: *[insert 2019 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* | Deducible: *[insert 2020 deductible amount]*  *[Copayment/Coinsurance as applicable]* durante la Etapa de cobertura inicial:   * Medicamentos de Nivel 1: *[insert 2020 cost-sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* |

***Aviso anual de cambios* para 2020  
Índice**

*[Update table below after completing edits.]*

Resumen de costos importantes para 2020 1

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan 4

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en *[insert 2020 plan name]* en 2020 4

SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo 5

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual 5

Sección 2.2 – Cambios en los montos máximos que paga de su bolsillo 5

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores 7

Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias 8

Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 8

Sección 2.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D 10

SECCIÓN 3 Cambios administrativos 18

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir 18

Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en *[insert 2020 plan name]* 18

Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan 18

SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan 19

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 20

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 20

SECCIÓN 8 Preguntas 22

Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de *[insert 2020 plan name]* 22

Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 23

*[If Section 1 does not apply, plans should omit it and renumber remaining sections as needed.]*

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

[*Plans that are changing the plan name, as approved by CMS, include Section 1, using the section title above and the following text:*

El 1 de enero de 2020, el nombre de nuestro plan cambiará de *[insert 2019 plan name]* a *[insert 2020 plan name].*

*[Insert language to inform members if they will receive new ID cards and how, as well as if, the name change will impact any other member communication.]*]

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en *[insert 2020 plan name]* en 2020

*[If the member is being enrolled into another plan due to a consolidation, include Section 1, using the section title above and the text below. It is additionally expected that, as applicable throughout the ANOC, every plan/sponsor that cross walks a member from a non-renewed plan to a consolidated renewal plan will compare benefits and costs, including cost-sharing for drug tiers, from that member’s previous plan to the consolidated plan.]*

El 1 de enero de 2020, *[insert MAO name]* combinará *[insert 2019 plan name]* con uno de nuestros planes, *[insert 2020 plan name]*.

**Si no ha hecho nada para cambiar su cobertura de Medicare hasta el 7 de diciembre de 2019, lo inscribiremos automáticamente en *[insert 2020 plan name]*.** Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2020, obtendrá su cobertura médica y cobertura para medicamentos con receta a través de *[insert 2020 plan name]*. Si lo desea, puede cambiarse a un plan de salud de Medicare distinto. También puede cambiarse a Original Medicare. Si desea cambiar, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si es elegible para recibir Ayuda adicional, quizás pueda cambiarse de plan en otros momentos.

La información incluida en este documentole indica las diferencias entre sus beneficios actuales en *[insert 2019 plan name]* y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2020 como miembro de *[insert 2020 plan name]*.

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

### Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

*[Plans may add a row to this table to display changes in premiums for optional supplemental benefits.]*

*[Plans that include a Part B premium reduction benefit may insert a row to describe the change in the benefit.]*

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Prima mensual  *[Plans that include a Part B premium reduction benefit may modify this row to describe the change in the benefit. If there are no changes from year to year, plans may indicate in the column that there is no change for the upcoming benefit year.]*  (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare). | *[Insert 2019 premium amount]* | *[Insert 2020 premium amount]* |

* 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 2.2 – Cambios en los montos máximos que paga de su bolsillo

*[Plans that include the costs of supplemental benefits in the MOOP limit may* *revise this information as needed.]*

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Estos límites se denominan “montos máximos que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] por el resto del año.

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red  Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos [*insert if plan has a deductible:* y deducibles]) de proveedores de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. *[Plans with no premium may modify the following sentence as needed.]* La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. | *[Insert 2019 in-network MOOP amount]* | *[Insert 2020 in-network MOOP amount]*  Una vez que haya pagado *[insert 2020 in-network MOOP amount]* de su bolsillo por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B], no pagará nada por sus servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] de proveedores de la red durante el resto del año calendario. |
| Monto máximo que paga de su bolsillo combinado  Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos [*insert if plan has a deductible:* y deducibles]) de proveedores dentro y fuera de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado. *[Plans with no premium delete the following sentence.]* La prima del plan no se considera para el monto máximo que paga de su bolsillo.  *[If there are no changes from year to year, plans may indicate in the column that there is no change for the upcoming benefit year.]* | *[Insert 2019 combined MOOP amount]* | *[Insert 2020 combined MOOP amount]*  Una vez que haya pagado *[insert 2020 combined MOOP amount]* de su bolsillo por los servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B], no pagará nada por sus servicios cubiertos [*insert if applicable:* de la Parte A y la Parte B] de proveedores de la red o fuera de la red durante el resto del año calendario. |

### Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its provider network]* Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de proveedores en el sobre con este folleto.] En nuestro sitio web *[insert URL]*, 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 2020 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red**.

*OR*

*[For a plan that will have a higher than normal number of providers either leaving and/or joining its network]* Nuestra red ha cambiado más de lo habitual para 2020. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de proveedores en el sobre con este folleto.] En nuestro sitio web *[insert URL]*, 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. **Le recomendamos que revise nuestro Directorio de proveedores vigente para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) aún 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, debemos proporcionarle 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 está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar 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 2.4 – 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. [*Insert if applicable:* Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, lo que puede ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias dentro de la red para ciertos medicamentos.]

*[Insert applicable section: For a plan that has changes in its pharmacy network]* Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de farmacias en el sobre con este folleto.] En nuestro sitio web *[insert URL]*, 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 2020 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red**.

*OR*

*[For a plan that will have a higher than normal number of pharmacies leaving its pharmacy network]* Nuestra red ha cambiado más de lo habitual para 2020. [*Insert if applicable:* Hemos incluido una copia de nuestro Directorio de farmacias en el sobre con este folleto.] En nuestro sitio web *[insert URL]*, 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. **Le recomendamos que revise nuestro Directorio de farmacias vigente para verificar si su farmacia aún se encuentra en nuestra red.**

### Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

[*If there are no changes in benefits or in cost-sharing, revise heading to “No hay cambios en sus beneficios o los montos que paga por servicios médicos” and replace the rest of this section with:* Nuestros beneficios y lo que usted pague por estos servicios médicos cubiertos en 2020 serán exactamente los mismos que en 2019.]

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 2020*.

*[The table must include: (1) all new benefits that will be added or 2019 benefits that will end for 2020, including any new optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium); (2) new/changing limitations or restrictions, including prior authorization for CY2020 Part C benefits; and (3) all changes in cost-sharing for 2020 for covered medical services, including any changes to service category out-of-pocket maximums and cost-sharing for optional supplemental benefits (plans must indicate these optional supplemental benefits are available for an extra premium).]*

[*If using Medicare FFS amounts (e.g. Inpatient and SNF cost sharing) the plan must insert the 2019 Medicare amounts and must insert: “*Estos son los montos de costo compartido para 2019 y pueden cambiar para 2020. *[Insert plan name]* proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan*”. Member cost-sharing amounts may not be left blank.*]

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert benefit name]* | [*For benefits that were not covered in 2019 insert:[insert benefit name]* no tiene cobertura.]  [*For benefits with a copayment insert:*  Usted paga un copago de $*[insert 2019 copayment amount]* *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., “per office visit”].*]  [*For benefits with a coinsurance insert:* Usted paga *[insert 2019 coinsurance percentage]*% del costo total  *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., “for up to one visit per year”].*] | [*For benefits that are not covered in 2020 insert: [insert benefit name]* no tiene cobertura.]  [*For benefits with a copayment insert:*  Usted paga un copago de $*[insert 2020 copayment amount]* *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., “per office visit”].*]  [*For benefits with a coinsurance insert:*  Usted paga *[insert 2020 coinsurance percentage]*% del costo total  *[insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., “for up to one visit per year”].*] |
| *[Insert benefit name]* | *[Insert 2019 cost/coverage, using format described above.]* | *[Insert 2020 cost/coverage, using format described above.]* |

### Sección 2.6 – 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 [*insert:* en este sobre] *OR* [*insert:* por vía electrónica]. [*If including an abridged formulary, add the following language:* La Lista de medicamentos que [*insert:* incluimos en este sobre] *OR* [*insert:* 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*** si llama a Servicios para los miembros (consulte la contraportada) o visita nuestro sitio web (*[insert URL]*).]

[*Plans with no changes to covered drugs, tier assignment, or restrictions may replace the rest of this section with:* No hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos para el próximo año. Los medicamentos incluidos en nuestra Lista de medicamentos serán los mismos en 2020 que en 2019. Sin embargo, se nos permite hacer cambios en la Lista de medicamentos ocasionalmente durante todo el año, con la aprobación de Medicare o si un medicamento ha sido retirado del mercado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o un fabricante de productos.]

*[Plans that are not offering indication based formulary design should delete this section]* Algunos medicamentos podrían estar cubiertos para algunas afecciones, pero se considera que no figuran en el Formulario para otras afecciones. Los medicamentos que tienen cobertura solo para algunas afecciones se identificarán en nuestra Lista de medicamentos y en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare), junto con las afecciones específicas que cubren.

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. *[Plans may omit the following sentence if they do not have an advance transition process for current members.]* **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.

*[Plans may omit this if all current members will be transitioned in advance for the following year.]*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. [*Plans changing the LTC supply (for instance, from a minimum of 90 days to a month’s supply, should insert the following:*En 2020, los miembros que se encuentren en centros de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) ahora recibirán un suministro temporal que tiene la misma cantidad de días de suministro temporal proporcionado en todos los demás casos: *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one month)]* de medicamentos en lugar de la cantidad proporcionada en 2019 (*[insert 2019 LTC maximum supply limit]* de medicamentos). (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*).Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.]

*[Plans may include additional information about processes for transitioning current members to formulary drugs when your formulary changes relative to the previous plan year.]*

*[Include language to explain whether current formulary exceptions will still be covered next year or a new one needs to be submitted.]*

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 normas de Medicare.

[*Plan sponsors implementing for the first time in 2020 the option to immediately replace brand name drugs with their new generic equivalents should insert the following:* A partir de 2020, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico del mismo nivel de costo compartido o de un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Esto significa, por ejemplo, que, si está tomando un medicamento de marca que será reemplazado o movido a un nivel de costo compartido más alto, ya no siempre recibirá un aviso del cambio 30 días antes de que lo apliquemos ni recibirá un suministro mensual de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, aún recibirá información sobre el cambio específico que realicemos, pero el aviso le puede llegar después de que apliquemos el cambio.]

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

*[Plans that enroll partial dual eligible beneficiaries should delete the following paragraph for QDWI beneficiaries.] 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** [*insert as applicable:* **puede no aplicarse** *OR* **no se aplica**] **en su caso.** *[If not applicable, omit information about the LIS Rider.]* Nosotros [*insert as appropriate:* hemos incluido *OR* 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 [*if plan sends LIS Rider with ANOC, insert:* no recibió el inserto con el paquete,] [*if plan sends LIS Rider separately from the ANOC, insert:* no ha recibido este inserto antes del *[insert date]*,] llame a Servicios para los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. En la Sección 8.1 *[edit section number as needed]* 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 su *Evidencia de cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web *[insert URL]*. [*Insert as applicable*: También puede consultar la *Evidencia de cobertura* adjunta OR anexa OR que se envía por separado para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan.]También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

| Etapa | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 1: Etapa del deducible anual  Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos [*insert as applicable:* de la Parte D *OR* de marca *OR* *[tier name(s)]*] hasta que alcance el deducible anual.  *[Plans with no deductible, omit text above*.*]* | El deducible es de $*[insert 2019 deductible].*  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.]  *[Plans with tiers excluded from the deductible in 2019 and/or 2020 insert the following:]* Durante esta etapa, usted paga *[insert cost-sharing amount that a member would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]* de costo compartido por los medicamentos del *[insert name of tier(s) excluded from the deductible]* y el costo total de los medicamentos del *[insert name of tier(s) where copayments apply]* hasta que alcance el deducible anual. | El deducible es de $*[insert 2020 deductible].*  [*Plans with no deductible replace the text above with:* Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.]  *[Plans with tiers excluded from the deductible in 2019 and/or 2020 insert the following:]* Durante esta etapa, usted paga *[insert cost-sharing amount that a member would pay in a tier(s) that is exempted from the deductible]* de costo compartido por los medicamentos del *[insert name of tier(s) excluded from the deductible]* y el costo total de los medicamentos del *[insert name of tier(s) where copayments apply]* hasta que alcance el deducible anual. |

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

[*Plans that are changing the cost-sharing from coinsurance to copayment or vice versa from 2019 to 2020 insert:* Para medicamentos del [*insert name of tier(s)*], su costo compartido en la etapa de cobertura inicial cambia de [*insert whichever is appropriate:* copago a coseguro *OR* coseguro a copago.] Consulte la siguiente tabla para ver los cambios que se introdujeron para 2020 en relación con 2019.]

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*.

*[Plans must list all drug tiers in the table below and show costs for a one-month supply filled at a network retail pharmacy. Plans that have pharmacies that provide preferred cost-sharing must provide information on both standard and preferred cost-sharing using the second alternate chart. Plans without drug tiers may revise the table as appropriate.]*

| Etapa | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial  *[Plans with no deductible delete the first sentence.]* Una vez que usted 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**.[*Plans that are changing the cost-sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2019 to 2020 insert for each applicable tier:* En 2019, usted pagó [*insert as appropriate* un copago de $[*xx*] *OR* el [*xx*]% de coseguro] por los medicamentos del *[insert tier name]*. En 2020, usted pagará [*insert as appropriate:* un copago de $[*xx*] *OR* el [*xx*]% de coseguro] por los medicamentos de este nivel.] | Sus costos por un suministro para un mes [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2019 to 2020 insert* “([*xx*] días)” *rather than* “un mes”] cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* [*xx*]% del costo total.]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* [*xx*]% del costo total.]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Sus costos por un suministro para un mes [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2019 to 2020 insert* “([*xx*] días)” *rather than* “un mes”] cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* [*xx*]% del costo total.]  ***[Insert name of Tier 2]*:**  Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* [*xx*]% del costo total.]  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)  Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (*[insert number of days in a one-month supply]* días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2019 to 2020 insert:* La cantidad de días de un suministro para un mes ha cambiado para 2020 en relación con 2019 como se detalla en la tabla.] Para obtener información sobre los costos [*insert as applicable:* de un suministro a largo plazo en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido preferido o de medicamentos con receta para pedido por correo], consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la *Evidencia de* *cobertura*.  [*Insert if applicable:* 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, búsquelos en la Lista de medicamentos.] | Una vez que [*insert as applicable*: los costos totales de los medicamentos alcancen los $*[insert 2019 initial coverage limit]*, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). *OR* haya pagado $*[insert 2019 out-of-pocket threshold]* de su bolsillopor medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).] | Una vez que [*insert as applicable*: los costos totales de los medicamentos alcancen los $*[insert 2020 initial coverage limit],* pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). *OR* haya pagado $*[insert 2020 out-of-pocket threshold]* de su bolsillopor medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).] |

*[Plans with pharmacies that offer standard and preferred cost-sharing may replace the chart above with the one below to provide both cost-sharing rates.]*

| Etapa | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial  *[Plans with no deductible delete the first sentence]* 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**.[*Plans that are changing the cost-sharing from a copayment to coinsurance or vice versa from 2019 to 2020 insert for each applicable tier:* En 2019, usted paga [*insert as appropriate* un copago de $[*xx*] *OR* el [*xx*]% de coseguro] por los medicamentos de este nivel. En 2020, usted pagará [*insert as appropriate* un copago de $[*xx*] *OR* el [*xx*]% de coseguro] por los medicamentos de este nivel.] | Su costo por un suministro para un mes [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2019 to 2020 insert:* “([*xx*] días)” *rather than “*un mes”] en una farmacia de la red:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*] % del costo total].  *Costo compartido preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*] % del costo total].  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*] % del costo total].  *Costo compartido preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*] % del costo total].  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Su costo por un suministro para un mes [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2019 to 2020 insert:* “([*xx*] días)” *rather than* “un mes”] en una farmacia de la red:  ***[Insert name of Tier 1]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*] % del costo total].  *Costo compartido preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*] % del costo total].  ***[Insert name of Tier 2]*:**  *Costo compartido estándar:* Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*] % del costo total].  *Costo compartido preferido:* Usted paga [*insert as applicable:* $[*xx*] por medicamento con receta *OR* el [*xx*] % del costo total].  *[Repeat for all tiers]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)  Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (*[insert number of days in a one-month supply]* días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red. [*Plans that are changing the number of days in their one-month supply from 2019 to 2020 insert:* La cantidad de días de un suministro para un mes ha cambiado para 2020 en relación con 2019 como se detalla en la tabla.] Para obtener información sobre los costos [*insert as applicable:* de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta para pedido por correo], consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.  [*Insert if applicable:* 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, búsquelos en la Lista de medicamentos.] | Una vez que [*insert as applicable*: los costos totales de los medicamentos alcancen los $*[insert 2019 initial coverage limit]*, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). *OR* haya pagado $*[insert 2019 out-of-pocket threshold]* de su bolsillopor medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).] | Una vez que [*insert as applicable*: los costos totales de los medicamentos alcancen los $*[insert 2020 initial coverage limit]*, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). *OR* haya pagado $*[insert 2020 out-of-pocket threshold]* de su bolsillopor medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).] |

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.** [*Sponsors that are changing the cost-sharing from coinsurance to copayment or vice versa from 2019 to 2020 insert the following sentence. If many changes are being made, it may be repeated as necessary:* En la Etapa de cobertura *[insert coverage stage involved]*, para los medicamentos del Nivel [*xx*] *[insert tiers]*, su costo compartido cambia de [*insert whichever is appropriate:* un copago a un coseguro *OR* un coseguro a un copago.]] Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

*[This section is optional. Plans with administrative changes that impact members (e.g., a change in options for paying the monthly premium, change in contract or PBP number) may insert this section and include an introductory sentence that explains the general nature of the administrative changes. Plans that choose to omit this section should renumber the remaining sections as needed.]*

| Proceso | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2019 administrative description]* | *[Insert 2020 administrative description]* |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2019 administrative description]* | *[Insert 2020 administrative description]* |

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en *[insert 2020 plan name]*

**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 hasta el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2020.

### Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2020, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

* Puede inscribirse oportunamente 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. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una potencial multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2020* (Medicare y Usted 2020), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (consulte la Sección *[edit section number as needed]* 6) o llame a Medicare (consulte la Sección *[edit section number as needed]* 8.2).

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](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.**

[*Plans may choose to insert if applicable:* Le recordamos que *[insert MAO name]* ofrece otros [*insert as applicable:* planes de salud de Medicare *AND/OR* planes de medicamentos con receta 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**, inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *[insert 2020 plan name]*.
* Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbase en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *[insert 2020 plan name]*.
* 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 *[edit section number as needed]* 8.1 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 deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 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**.Elcambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2020.

¿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 2020 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 2020. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

[*I-SNPs: replace text above with the following:*

Puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.]

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

*[Organizations offering plans in multiple states: Revise this section to use the generic name (“State Health Insurance Assistance Program”) when necessary, and include a list of names, phone numbers, and addresses for all SHIPs in your service area.]*

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En *[insert state]*, el SHIP se llama *[insert state-specific SHIP name]*.

*[Insert state-specific SHIP name]* 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 médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del *[Insert state-specific SHIP name]* 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 *[insert state-specific SHIP name]* llamando al *[insert SHIP phone number]*. [*Plans may insert the following:* Para obtener más información sobre *[insert state-specific SHIP name]*, visite su sitio web (*[insert SHIP website]*).]

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. *[Plans in states without SPAPs, delete the next sentence.]* 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 a las siguientes opciones:
  + Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY 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 deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
  + A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
* *[Plans without an SPAP in their state(s), should delete this bullet.] [Organizations offering plans in multiple states: Revise this bullet to use the generic name (“Programa estatal de asistencia farmacéutica”) when necessary, and include a list of names for all SPAPs in your service area.]* **Ayuda del programa de asistencia** **farmacéutica de su estado.** *[Insert state name]* cuenta con un programa denominado *[insert state-specific SPAP name]* que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección*.* Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección *[edit section number as needed]* 6 de este folleto).
* *[Plans with no Part D drug cost-sharing should delete this section.]**[Plans with an ADAP in their state(s) that do NOT provide Insurance Assistance should delete this bullet.]* **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 *[insert State-specific ADAP name and information].* Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a *[insert State-specific ADAP contact information].*

SECCIÓN 8 Preguntas

### Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de *[insert 2020 plan name]*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al *[insert member services phone number].* (Solo los usuarios de TTY deben llamar al *[insert TTY number]*). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de *[insert days and hours of operation]*. [*Insert if applicable:* Las llamadas a estos números son gratuitas.]

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2020 (describe en detalles 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 2020. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2020 para *[insert 2020 plan name].* 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. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en *[insert URL]*. [*Insert as applicable*: También puede consultar la *Evidencia de cobertura* adjunta OR anexa OR que se envía por separado para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan.] También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en *[insert URL]*. 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 8.2 – 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 deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare ([https://www.medicare.gov](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](https://www.medicare.gov/) y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y de medicamentos]).

Lea *Medicare & You 2020* (Medicare y Usted 2020)

Puede leer el Manual *Medicare & You 2020* (Medicare y Usted 2020). 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](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 deben llamar al 1-877-486-2048.