

Central Health Focus Plan (HMO SNP) ofrecido por Central Health Plan of California

Noticia de Cambios Anual para el 2019

Usted está actualmente inscrito como miembro de Central Health Focus Plan. El próximo año, habrán cambios a los costos y beneficios del plan. *Este folleto le indica los cambios.*

- **Usted tiene desde octubre 15 hasta diciembre 7 para hacer cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué hacer ahora:

1. PREGUNTE: Cuales cambios le aplican.

- Revise los cambios a nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse que le satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan a los servicios que usted usa?
 - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Revise los cambios en el folleto a nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Están sus medicamentos en un Nivel diferente con costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, tales como la necesidad de aprobación de nosotros antes de que usted llene su receta?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo a usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos 2019 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Sus costos de medicamentos pueden haber subido desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponible para usted; Esto

puede ahorrarle costos anuales de su bolsillo durante el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, [visite https://go.medicare.gov/drugprices](https://go.medicare.gov/drugprices). Estos tableros destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que sus beneficios del plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus costos de medicamentos.

- Revise si sus médicos y otros proveedores estarán dentro de nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos en nuestra red?
 - ¿Qué tal los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?
 - Vea la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de Proveedores.
- Piense en sus costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto gastará fuera de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que usted utiliza regularmente?
 - ¿Cuánto gastará por su prima y sus deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan a otras opciones de cobertura de Medicare?
- Asegúrese que esté contento con nuestro plan.

2. COMPARE: Aprenda sobre las opciones de otros planes

- Revise la cobertura y el costo de los planes en su área
 - Utilice la función de búsqueda personalizada en el buscador de planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”.
 - Revise la lista en la parte posterior de su manual de *Medicare y Usted*.
 - Vea la Sección 2.2 para aprender más acerca de sus opciones
- Una vez que ha reducido su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura del plan en el sitio web.

3. ELEGIR: Decida si desea cambiar su plan

- Si desea **mantenerse** en Central Health Focus Plan, no necesita hacer nada. Usted permanecerá en el Central Health Focus Plan.
- Para cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer sus necesidades mejor, puede cambiar el plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. **INCRIBIRSE:** Para cambiar planes, úna se a un plan entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre de 2018**

- Si **no se inscribe antes del 7 de diciembre de 2018**, permanecerá en Central Health Focus Plan.
- Si **se inscribe antes de 7 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2019.

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible gratuitamente en español.
- Favor de comunicarse con nuestro Departamento de Servicios al Miembro al número 1-866-314-2427 para recibir información adicional. (Usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-888-205-7671). Horario es entre 8:00 A.M. y 8:00 P.M. (Tiempo Pacifico), 7 días a la semana.
- Este documento tal vez sea disponible en otros formatos como Braille, letras grandes u otros formatos alternativos.
- **La cobertura bajo este Plan califica como Cobertura de Salud Elegible (QHC** por sus siglas en inglés) y satisface las exigencia de responsabilidad compartida al individuales del Acto de Protección del Paciente y Cuidado de Salud Asequible, Patient Protection and Affordable Care Act's (ACA). Por favor visite el sitio de web del Servicio de Impuestos Internos, Internal Revenue Service (IRS) <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para más información.

Acerca de Central Health Focus Plan

- Central Health Medicare Plan of California es un plan HMO con un contrato de Medicare. Inscripción con el plan de Central Health Plan depende en la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros” o “nuestro,” significa Central Health Plan of California. Cuando dice “plan” o “nuestro plan,” significa Central Health Focus Plan.

Resumen de Costos Importantes para el 2019

La tabla siguiente compara los costos del 2018 y 2019 para Central Health Focus Plan en varias áreas importantes. **Favor de notar que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de esta *Noticia de Cambio Anual* y revisar la *Evidencia de Cobertura* enviado por separado para ver si otros cambios a los beneficios o costos le afectan.**

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima tal vez sea más alta o más baja que esta cantidad. Vea la Sección 1.1 para más detalles.	\$0	\$0
Cantidad máxima fuera de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagara fuera de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Vea la Sección 1.2 para más detalles.)	\$3,400	\$3,400
Visitas a la oficina de su medico	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas al especialista: \$0 por visita	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas al especialista: \$0 por visita

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Internación en el Hospital</p> <p>Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospital para pacientes internados. Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día que es formalmente admitido al hospital con orden de un médico. El día antes de que es dado de alta es su último día de hospitalización.</p>	<p>Usted paga \$0 por cada estancia en el hospital.</p>	<p>Usted paga \$0 por cada estancia en el hospital.</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(Vea la Sección 1.6 para más detalles.)</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Co-pagos/Co-seguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 Genérico Preferido: Usted paga \$0 por receta. • Nivel 2 Generico: Usted paga \$5.00 por receta. • Nivel 3 Marca Preferida: Usted paga \$35.00 por receta. • Nivel 4 Medicamento No Preferidos: Usted paga \$75.00 por receta. • Nivel 5 Medicamento Especializados: Usted paga 33% del costo total. • Nivel 6 Medicamento de Atención Selecta: Usted paga \$0 por receta. 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Co-pagos/Co-seguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 Genérico Preferido: Usted paga \$0 por receta. • Nivel 2 Generico: Usted paga \$5.00 por receta. • Nivel 3 Marca Preferida: Usted paga \$35.00 por receta. • Nivel 4 Medicamento No Prefreidos: Usted paga \$75.00 por receta. • Nivel 5 Medicamento Especializados: Usted paga 33% del costo total. • Nivel 6 Medicamento de Atención Selecta: Usted paga \$0 por receta.

Aviso Anual de Cambio para 2019
Tabla de Contenidos

Resumen de Costos Importantes para 2019	1
SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el próximo año.....	4
Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual	4
Sección 1.2 – Cambios a su Cantidad Máxima Fuera de su Bolsillo	4
Sección 1.3 – Cambios a la Red de Proveedores	5
Sección 1.4 – Cambios a la Red de Farmacias	5
Sección 1.5 – Cambios a los beneficios y los costos para los Servicios Médicos.....	6
Sección 1.6 – Cambios a la Cobertura de Medicamentos recetados de la Parte D.....	10
SECCIÓN 2 Decidiendo Cual Plan Escoger.....	14
Sección 2.1 – Si usted quiere permanecer en Central Health Medicare Plan.....	14
Sección 2.2 – Si usted gusta cambiar de planes.....	14
SECCIÓN 3 Plazo para Cambiar de Planes	15
SECCIÓN 4 Programas Que Ofrecen Asesoramiento Gratis Acerca de Medicare	16
SECCIÓN 5 Programas Que Ayudan a Pagar por los Medicamentos Recetados	16
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?	17
Sección 6.1 – Recibiendo Ayuda de Central Health Medicare Plan.....	17
Sección 6.2 – Recibiendo Ayuda de Medicare	17

SECCIÓN 1 Cambios a los Beneficios y los Costos para el Próximo Año

Sección 1.1 – Cambios a su prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual (Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

- Su prima mensual del plan será *más* si usted está obligado a pagar una penalización por inscripción tardía por la vida de la Parte D para ir sin otra cobertura de medicamentos que es al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como "cobertura creíble") por 63 días o más.
- Si usted tiene un ingreso más alto, usted tal vez tendrá que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos prescribiéndos de Medicare.
- Su prima mensual será *menos* si usted está recibiendo “Ayuda Adicional” para sus costos de los medicamentos prescribiéndos.

Sección 1.2 – Cambios a su Cantidad Máxima Fuera de su Bolsillo

Para protegerlo(a), Medicare le requiere a todos los planes de salud que limiten cuanto usted paga “fuera de su bolsillo” durante el año. Este límite es llamado la “cantidad máxima fuera de su bolsillo.” Al momento de alcanzar la cantidad máxima fuera de su bolsillo, usted, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Cantidad máxima fuera de su bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan hacia su cantidad máxima fuera de su bolsillo. Sus costos para los medicamentos de prescripción no cuentan hacia su cantidad máxima fuera de su bolsillo.	\$3,400	\$3,400 Una vez que pague \$3,400 de su bolsillo por servicios cubiertos por las Partes A y B usted no paga nada por los servicios cubiertos de la Partes A y Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios a la Red de Proveedores

Existen cambios en la red de proveedores para el próximo año. Un Directorio de Proveedores actualizado está en nuestra página web www.centralhealthplan.com. Usted también puede llamarle al Departamento de Servicios al Miembro para recibir información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le mandemos un Directorio de Proveedores. **Favor de revisar el Directorio de Proveedores 2019 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están dentro de nuestra red.**

Es importante dejarle saber que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Hay una serie de razones en cual su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista dejó su plan usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resume a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que te equipamos con acceso a médicos y especialistas calificados sin interrupción.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para proporcionarle por lo menos de 30 días de aviso si su proveedor se va de nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos en la selección de un nuevo proveedor calificado para continuar dirigiendo sus necesidades médicas.
- Si está recibiendo tratamiento médico tiene derecho de solicitar, y trabajaremos con usted para asegurar que no se interrumpa, el tratamiento médicamente necesario que esté recibiendo.
- Si usted cree que no le hemos equipado con un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que su atención no está siendo manejado apropiadamente, usted tiene el derecho de presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se da cuenta que su doctor o especialista está dejando su plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y seguir manejando su atención médica.

Sección 1.4 – Cambios a la Red de Farmacias

Las cantidades que usted paga por sus medicamentos recetados tal vez dependan en cual farmacia usted utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas *solo* son cubiertas si son surtidas en una de nuestras farmacias dentro de la red.

Hay cambios a nuestra red de farmacias para el próximo año. El Directorio de Farmacias está en nuestra página web www.centralhealthplan.com. Usted también puede llamarle al Departamento de Servicios al Miembro para recibir información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le mandemos un Directorio de Farmacias. **Favor de revisar el Directorio de Farmacias 2019 para ver cuales farmacias están dentro de nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios a los beneficios y los costos para los Servicios Médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura para ciertos servicios médicos para el próximo año. La información siguiente explica estos cambios. Para más detalles acerca de la cobertura y los costos para estos servicios, vea el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (lo que es cubierto y lo que paga usted)*, en su *Evidencia de Cobertura 2019*.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Servicios de ambulancia (Cambios al Servicio de Ambulancia Aérea)	<p>Usted paga un copago de \$ 100 por servicios de ambulancia cubiertos por Medicare por viaje unidireccional.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios cubiertos por Medicare que no sean de emergencia.</p>	<p>Usted paga un copago de \$100 por servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare por viaje unidireccional.</p> <p>Usted paga el 20% del costo total de los servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios cubiertos por Medicare que no sean de emergencia.</p>
Enemas de bario	<p>Usted paga \$ 0 por enemas de bario cubiertos por Medicare.</p> <p>No se requiere autorización previa ni referencia.</p>	<p>Usted paga \$ 0 por enemas de bario cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa y referencia.</p>
Programa de manejo personal de la Diabetes	<p>Usted paga \$ 0 por la programa de manejo personal de la diabetes.</p> <p>No se requiere autorización previa ni referencia.</p>	<p>Usted paga \$ 0 por la programa de manejo personal de la diabetes.</p> <p>Se requiere autorización previa y referencia.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Anteojos (Cambios a lentes de contacto)	Se le permite un par de anteojos (marcos y lentes) o un par de lentes de contacto por año (hasta un máximo de \$150). Usted es responsable de cualquier cantidad más allá de la concesión. Se requiere autorización previa; no se requiere referencia.	Se le permite un par de anteojos (marcos y lentes) o un número ilimitado de lentes de contacto por año (hasta un máximo de \$150). Usted es responsable de cualquier cantidad más allá de la concesión. Se requiere autorización previa y se requiere referencia.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Evaluación de seguridad en el hogar Dispositivos de seguridad para el baño</p>	<p>Usted recibe un subsidio de \$ 250 por evaluación de seguridad en el hogar y dispositivos de seguridad en el baño por año.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga \$0 por una evaluación de seguridad en el hogar.</p> <p>Usted recibe una asignación de \$250 para la compra e instalación de dispositivos de seguridad para baño permitidos por Medicare, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • barras de agarre aseguradas a las paredes de la bañera • alfombras de baño antideslizantes • bancos de bañera para que pueda deslizarse en la bañera sin entrar en la bañera • sillas de ducha • un cabezal de ducha de mano que le permite bañarse mientras está sentado • sillas de baño • un asiento de inodoro elevado. <p>Se requiere autorización previa.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Artículos Sin Receta (OTC)	<p>Recibe un subsidio de \$15 por mes para comprar artículos sin receta a través de nuestro servicio de pedido por correo.</p>	<p>Recibe un subsidio de \$45 por trimestre para comprar artículos sin receta a través de nuestro servicio de pedido por correo.</p>
Examen rutinario de la vista	<p>Usted paga \$0 por examen rutinario de la vista (1 examen por año).</p> <p>Se requiere autorización previa; no se requiere referencia.</p>	<p>Usted paga \$0 por examen rutinario de la vista (1 examen por año).</p> <p>Se requiere autorización previa y referencia.</p>
Transportacion Rutinaria (Cambios a la política de cancelación)	<p>Usted paga \$0 por hasta 36 viajes sencillos unidireccional que no sea de emergencia a lugares aprobados por el plan. (Un límite de 25 millas) para recibir servicios de salud de proveedores de la red. Los arreglos para el transporte deben ser realizados a través del departamento de Servicio al Miembros con al menos 2 días hábiles de anticipación.</p> <p>Las cancelaciones deben ser recibidas a través del departmanento de Servicio al Miembro al menos 2 horas antes de la hora de recogida para evitar contar contra su beneficio de transporte.</p> <p>Se requiere autorización previa y referencia.</p>	<p>Usted paga \$0 por hasta 36 viajes sencillos unidireccional que no sea de emergencia a lugares aprobados por el plan. (Un límite de 25 millas) para recibir servicios de salud de proveedores de la red. Los arreglos para el transporte deben ser realizados a través del departamento de Servicio al Miembros con al menos 2 días hábiles de anticipación.</p> <p>Las cancelaciones deben ser recibidas a través del departmanento de Servicio al Miembro al menos 24 horas antes de la hora de recogida para evitar contar contra su beneficio de transporte.</p> <p>Se requiere autorización previa y referencia.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Viagra®	Se le permiten hasta 4 pastillas por mes de Viagra® de marca con un costo compartido de Nivel 3 (\$35).	Se le permiten hasta 6 pastillas por mes de Viagra® de marca con un costo compartido de Nivel 4 (\$75). Se le permiten hasta 6 pastillas por mes de sildenafil (genérico de Viagra®) con costo compartido de Nivel 1 (\$0)

Sección 1.6 – Cambios a la Cobertura de Medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en Nuestra Lista de Medicamentos Recetados

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de Medicamentos.” Una copia de nuestra lista de medicamentos se proporciona electrónicamente.

Hicimos cambios a nuestra Lista de Medicamentos, incluyendo cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos 2019 para asegurarse que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá algunas restricciones.**

Si usted es afectado por algún cambio en la cobertura de medicamentos usted puede:

- **Trabajar con su médico (u otro prescriptor) y pedirle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento.
 - Para saber lo que usted tiene que hacer para pedir una excepción, vea el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame al Departamento de Servicios al Miembro.
- **Trabajar con su médico (u otro prescriptor) para encontrar un medicamento diferente** que nosotros cubrimos. Usted puede llamar al Departamento de Servicios al Miembro para pedir una Lista de Medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica.

En ciertas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no esté en el formulario en los primeros 90 días del plan de año o los primeros 90 días de afiliación para evitar una brecha en la terapia. (Para aprender más acerca de cuándo puede recibir un suministro

temporal y como pedir uno, vea el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*.) Durante el tiempo cuando usted está recibiendo un suministro temporal de un medicamento, usted debería hablar con su médico para decidir qué es lo que usted debe hacer cuando su suministro temporal se le acabe. Usted puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción para usted y que le cubra su medicamento actual.

Si usted tiene una excepción del formulario del año actual, usted necesitará someter un pedido nuevo para una excepción del formulario por parte de un doctor para el próximo año del calendario.

La mayoría de los cambios en la

ta de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Apartir de 2019, antes de realizar los cambios durante el año a nuestra Lista de Medicamentos que requieren que le avisemos con anticipación cuando esté tomando un medicamento, le notificaremos estos cambios 30, en lugar de 60, días antes de que se tomen lugar. O le proporcionaremos un suministro de 30 días, en lugar de un suministro de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Proporcionaremos este aviso antes, por ejemplo, reemplazando un medicamento de marca en la lista de medicamentos con un medicamento genérico o haciendo cambios basados en las advertencias en caja de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

Cuando realicemos estos cambios en la Lista de Medicamentos durante el año, puede seguir trabajando con su médico (u otra persona que recete) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de Medicamentos en línea según lo programado y brindaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en la lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios a los Costos de los Medicamentos Recetados

Note: Si usted está en un programa que ayuda a pagar por sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información acerca de los costos para los medicamentos de recetados de la Parte D es posible que no se aplique a usted.** Hemos incluido un inserto separado, llamado “Anexo de la Evidencia de Cobertura para Aquellos que Reciben Ayuda Adicional para Pagar por sus Medicamentos recetados (también llamado el “Anexo del Subsidio de Bajos Ingresos” o el “Anexo LIS”), que le dice acerca de su cobertura de medicamentos. Si usted recibe “Ayuda Adicional” y no recibió este inserto con este paquete, favor de llamar al Departamento de Servicio al Miembro y pida el “Anexo LIS”. Los números de teléfono del Departamento de Servicio al Miembro están en la Sección 6.1 de este manual.

Hay cuatro “etapas de pago para los medicamentos.” Lo que usted paga por un medicamento de la Parte D depende en cual etapa de pago de medicamentos usted se encuentra. (Usted puede

mirar en el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de Cobertura* para más información acerca de las etapas.)

La información siguiente le demuestra los cambios para el próximo año a las dos primeras etapas—La Etapa Anual de Deducible y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas – la Etapa del Espacio de Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica. Para obtener información acerca de sus costos en estas etapas, mire en el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de Cobertura* que fue enviado separado.)

Cambios a la Etapa de Deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de Deducible Anual	Dado a que no tenemos un deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Dado a que no tenemos un deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios a su costo compartido en la Etapa de Cobertura Inicial

Para aprender cómo funcionan los copagos y coaseguros, vea el Capítulo 6, sección 1.2, *tipos de gastos fuera de su bolsillo que usted puede pagar por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte correspondiente del costo de sus medicamentos y usted paga su parte correspondiente del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son de un mes (30 días) de suministro cuando usted surte su prescripción en una farmacia de la red. Para información acerca de los costos para un suministro a largo plazo o para las prescripciones de orden por correo, mire en el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de unos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos de prescripción. Para mirar si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentosn.</p>	<p>Su costo por un suministro de un-mes surtido en una farmacia dentro de la red con costo compartido:</p> <p>Genéricos Preferidos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Genéricos: Usted paga \$5.00 por receta.</p> <p>Marcas Preferida: Usted paga \$35.00 por receta.</p> <p>Medicamentos No-Preferidos: Usted paga \$75.00 por receta.</p> <p>Medicamento Especializados: Usted paga 33% del costo total.</p> <p>Medicamento de Atención Selecta: Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Después de que su costo total de medicamentos alcance \$3,750, usted entra en la etapa siguiente (la Etapa del Espacio de Cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro de un-mes surtido en una farmacia dentro de la red:</p> <p>Genéricos Preferidos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Genéricos: Usted paga \$5.00 por receta.</p> <p>Marcas Preferida: Usted paga \$35.00 por receta.</p> <p>Medicamentos No-Preferidos: Usted paga \$75.00 por receta.</p> <p>Medicamento Especializados: Usted paga 33% del costo total.</p> <p>Medicamento de Atención Selecta: Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Después de que su costo total de medicamentos alcance \$3,820, usted entra en la etapa siguiente (la Etapa del Espacio de Cobertura).</p>

Cambios al Espacio de Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos – la Etapa del Espacio de Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica – son para la gente con altos costos en medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa del Espacio de Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica.** Para más información acerca de sus costos en estas etapas, mire en el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Decidiendo Cual Plan Escoger

Sección 2.1 Si usted quiere permanecer en Central Health Focus Plan

Para permanecer en nuestro plan usted no tiene que hacer nada. Si usted no se inscribe para un plan diferente o cambia a Medicare Original para diciembre 7, usted automáticamente permanecerá inscrito(a) como un miembro de nuestro plan para el 2019.

Sección 2.2 – Si usted quiere cambiar de planes

Nos gustaría retenerlo(a) como un miembro en próximo año pero si usted gusta cambiar para el 2019 siga estos pasos:

Paso 1: Conocer y comparar sus opciones

- Usted puede unirse a un plan de salud de Medicare diferente,
- -- *O*—Usted puede cambiar a Medicare Original. Si usted cambia a Medicare Original, usted necesitara decidir si va a unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

Para aprender más acerca de Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2019*, llame a su Programa de Asistencia del Seguro de Salud (vea la Sección 4), o llámele a Medicare (vea la Sección 6.2).

Usted también puede encontrar información acerca de planes en su área con solo usar el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Vaya al sitio <https://www.medicare.gov> y presione “Buscar planes de salud y de medicamentos.” **Aquí, usted puede encontrar información acerca de costos, cobertura, y calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

Como un recordatorio, Central Health Plan of California ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes tal vez sean diferentes en cobertura, primas mensuales, y cantidades de costo compartido.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a un **plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el plan nuevo. Usted automáticamente será desafiliado de Central Health Focus Plan.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetado**, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Usted automáticamente será desafiliado de Central Health Focus Plan.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, usted puede:
 - Mandarnos un pedido por escrito para ser desafiliado. Póngase en contacto con el Departamento de Servicio al Miembro si usted necesita más información en cómo hacer esto (los números de teléfono están en la Sección 6.1 de este manual).
 - – o – Póngase en contacto con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana, y pida que lo(a) den de baja. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo para Cambiar de Planes

Si usted quiere cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, usted lo puede hacer desde **octubre 15 a diciembre 7**. El cambio entrara en efecto en enero 1, 2019.

¿Existen otras épocas del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, cambios también son permitidos en otras épocas del año. Por ejemplo, la gente con Medicaid, aquellos quienes reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, y aquellos quienes se mudan fuera del área de servicio son permitidos hacer un cambio durante otras épocas del año. Para más información, vea el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cobertura*.

Nota: si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no le gusta la opción de su plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la Evidencia de cobertura.

SECCIÓN 4 Programas Que Ofrecen Asesoramiento Gratis Acerca de Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En California, el plan SHIP se conoce como Programa de Apoyo y Consejería del Seguro de Salud (HICAP).

HICAP es independiente (no tiene relación con ninguna compañía de seguro o plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoría local **gratis** a las personas con Medicare. Los asesores de HICAP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas con Medicare. Le pueden ayudar a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca del cambio de plan. Puede llamar a HICAP al 1-800-434-0222. Puede aprender acerca de HICAP visitando su sitio web (www.aging.ca.gov/HICAP).

SECCIÓN 5 Programas Que Ayudan a Pagar por los Medicamentos Recetado

Usted tal vez califique para ayuda en pagar los medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** La gente con ingresos limitados tal vez califiquen para la Ayuda Adicional para pagar sus costos de los medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare puede pagar hasta 75% o más de sus costos de medicamentos incluyendo primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales, y co-seguros. En adición, aquellos que califican no tendrán un espacio de cobertura o una penalidad por inscribirse tarde. Mucha gente es elegible y no lo sabe. Para ver si usted califica, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas al día/los 7 días de la semana;
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre 7 A.M. y 7 P.M., Lunes a Viernes. Usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (aplicaciones); o
 - Su Oficina de Medicaid del Estado (aplicaciones).
- **Asistencia de Recetas médicas para el costo compartido para las personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos de SIDA (ADAP) ayuda a los individuos de ADAP que están viviendo con VIH/SIDA tener acceso a medicamentos de VIH que podría salvar vidas. Individuos deben calificar por ciertos criterios, incluyendo residencia estatal y estado de HIV, bajos recursos definido por el estado, y estatus de no cobertura. Medicamentos recetados que están cubiertos por la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP también califican para asistencia hacia el costo compartido medicamentos recetados a través de la oficina de SIDA. Para más información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, o como inscribirse en el programa, favor de llamar a la 1-844-421-7050.

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 – Recibiendo Ayuda de Central Health Focus Plan

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Favor de llamar al Departamento de Servicio al Miembro al 1-866-314-2427. (Usuarios de TTY/TDD solamente, deben llamar al 1-888-205-7671.) Estamos disponibles para recibir llamadas de 8:00 A.M. a 8:00 P.M. (Tiempo Pacifico), los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratis.

Lea su *Evidencia de Cobertura* 2019 (tiene detalles acerca de los beneficios y los costos para el próximo año)

Esta *Noticia de Cambio Anual* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y sus costos para el 2019. Para más detalles, busque a Central Health Focus Plan en la *Evidencia de Cobertura* 2019. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de sus beneficios del plan. Explica sus derechos y las reglas que usted necesita seguir para recibir servicios cubiertos y medicamentos recetados. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* será enviado por separado a usted.

Visite nuestro sitio Web

Usted también puede visitar nuestro sitio web en www.centralhealthplan.com. Como un recordatorio, nuestro sitio web tiene la más actualizada información acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores) y nuestra Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

Sección 6.2 – Recibiendo Ayuda de Medicare

Para recibir información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Usted puede visitar el sitio web de Medicare en (<https://www.medicare.gov>). Tiene información acerca de costo, cobertura, y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Usted puede encontrar información acerca de los planes disponibles en su área mediante el uso del Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para mirar la información acerca de los planes, vaya a <https://www.medicare.gov> y presione “Buscar planes de salud y de medicamentos.”)

Lea el Manual *Medicare y Usted 2019*

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