



Plan Flex 3 (HMO-POS) ofrecido por ConnectiCare, Inc.

Aviso anual de cambios para 2019

Actualmente está inscrito como miembro del plan Flex 3. En el próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este manual le informa acerca de esos cambios.*

- **A partir del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre usted podrá hacer cambios en su cobertura de Medicare para el año próximo.**
-

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican en su caso?

- Consulte los cambios en nuestros costos y beneficios para ver si lo afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que se ajuste a sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted usa?
 - Busque en las Secciones 1.5 y 2 la información sobre los cambios de beneficios y costos para nuestro plan.
- Revise los cambios en el manual de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si lo afectan.
 - ¿Sus medicamentos tendrán cobertura?
 - ¿Sus medicamentos están en otro nivel, con costos compartidos diferentes?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tienen restricciones nuevas, como necesidad de una aprobación previa para poder surtir la receta?
 - ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos de 2019 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite

<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 los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

Fíjese si sus médicos y demás proveedores estarán en nuestra red el año próximo.

- ¿Sus médicos están en nuestra red?
- ¿Los hospitales y demás proveedores están en nuestra red?
- Consulte la sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

Piense en todos sus costos de atención de salud.

- ¿Cuánto tendrá que gastar de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que usa regularmente?
- ¿Cuánto gastará en la prima y en deducibles?
- ¿Cómo se comparan los costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca más sobre otras opciones del plan

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

- Use la función de búsqueda personalizada del Buscador de planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Buscar planes de salud y medicamentos”.
- Revise la lista que figura en la contratapa del manual Medicare y usted.
- Consulte la Sección 3.2 para obtener más información acerca de sus opciones.

Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan

- Si desea **mantener** el plan Flex 3, no debe hacer nada. Permanecerá en el plan Flex 3.
- Para cambiar a un **plan diferente** que se adapte mejor a sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de planes, únase a un plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2018

- Si **no se unió a otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, permanecerá en el plan Flex 3.

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

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Miembro al 1-800-224-2273. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-842-9710). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.
- El Servicio de Atención al Miembro ofrece un servicio gratuito de intérprete en su idioma si no habla inglés (los números de teléfono figuran en la Sección 7.1 de este manual).
- **La cobertura de este plan califica como cobertura de salud calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito individual de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca del plan Flex 3

- ConnectiCare, Inc. es un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO)/HMO con punto de servicio (Point of Service, POS) con un contrato con Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este manual dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa ConnectiCare, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa el plan Flex 3.

H3528_C19114008S_M

Resumen de costos importantes para 2019

La tabla que está a continuación compara los costos de 2018 y 2019 para el plan Flex 3 (HMO) en varias áreas importantes. **Esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer todo este Aviso anual de cambios** y revisar la *Evidencia de cobertura* para ver si otros cambios en los costos y beneficios lo afectan.

Costo	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Vea los detalles en la Sección 1.1.	\$66	\$66
Monto máximo de bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará directamente de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 1.2 para obtener más detalles).	\$6,700 (servicios de la red)	\$6,700 (solo servicios de la red)
	\$10,000 (servicios fuera de la red)	\$10,000 (servicios fuera de la red)
Visitas al consultorio médico	<u>Visitas de atención primaria:</u> \$20 de copago por visita dentro de la red 50 % de coseguro por visita fuera de la red <u>Visitas a especialistas:</u> \$50 de copago por visita Dentro de la red 50 % de coseguro por visita fuera de la red	<u>Visitas de atención primaria:</u> \$0 de copago por visita de un médico de cabecera de Sanitas. \$20 de copago por visita de otro médico de cabecera de la red 50 % de coseguro por visita fuera de la red <u>Visitas a especialistas:</u> \$50 de copago por visita Dentro de la red 50 % de coseguro por visita fuera de la red

Costo	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
<p>Estadías hospitalarias Incluye internación aguda, internación para rehabilitación, atención hospitalaria a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios con internación. La estadía hospitalaria comienza el día en que usted es ingresado formalmente al hospital con un orden de un médico. El día anterior a ser dado de alta es su último día de internación.</p>	<p>Los costos compartidos se cobran por cada estadía hospitalaria.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> \$430 de copago por cada día de internación cubierto por Medicare para los días 1 a 4 y \$0 de copago por cada día adicional cubierto por Medicare</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 50 % por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare</p> <p>Se requiere autorización previa</p>	<p>Los costos compartidos se cobran por cada estadía hospitalaria.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> \$465 de copago por cada día de internación cubierto por Medicare para los días 1 a 4 y \$0 de copago por cada día adicional cubierto por Medicare</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 50 % por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(Consulte la sección 1.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$300</p> <p>Copago/coseguro, según corresponda, durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> <i>Farmacias de la red preferidas:</i> \$2 de copago <i>Farmacias de la red estándares:</i> \$9 de copago • Nivel 2 de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> <i>Farmacias de la red preferidas:</i> \$10 de copago <i>Farmacias de la red estándares:</i> \$20 de copago • Nivel 3 de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> <i>Farmacias de la red preferidas:</i> \$42 de copago <i>Farmacias de la red estándares:</i> \$47 de copago • Nivel 4 de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> <i>Farmacias de la red preferidas:</i> \$95 de copago <i>Farmacias de la red estándares:</i> \$100 de copago • Nivel 5 de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> <i>Farmacias preferidas y estándar de la red:</i> Coseguro del 27 % 	<p>Deducible: \$300</p> <p>Copago/coseguro, según corresponda, durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> <i>Farmacias de la red preferidas:</i> \$2 de copago <i>Farmacias de la red estándares:</i> \$9 de copago • Nivel 2 de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> <i>Farmacias de la red preferidas:</i> \$10 de copago <i>Farmacias de la red estándares:</i> \$20 de copago • Nivel 3 de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> <i>Farmacias de la red preferidas:</i> \$42 de copago <i>Farmacias de la red estándares:</i> \$47 de copago • Nivel 4 de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> <i>Farmacias de la red preferidas:</i> \$95 de copago <i>Farmacias de la red estándares:</i> \$100 de copago • Nivel 5 de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> <i>Farmacias preferidas y estándar de la red:</i> Coseguro del 27 %

Aviso anual de cambios para 2019

Índice

Resumen de costos importantes para 2019	1
SECCIÓN 1 Modificaciones de costos y beneficios para el próximo año	5
Sección 1.1: Modificaciones en la prima mensual.....	5
Sección 1.2: Cambios en su monto máximo de bolsillo	5
Sección 1.3: Modificaciones a la red de proveedores.....	6
Sección 1.4: Modificaciones a la red de farmacias.....	7
Sección 1.5: Modificaciones a los costos y beneficios de los servicios médicos	7
Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	9
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	14
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	15
Sección 3.1: Si desea permanecer en el plan Flex 3	15
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan	15
SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan	16
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	16
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar por medicamentos recetados	17
SECCIÓN 7 ¿Tiene alguna pregunta?.....	17
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda del plan Flex 3.....	17
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	18

SECCIÓN 1 Modificaciones de costos y beneficios para el próximo año

Sección 1.1: Modificaciones en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
La prima mensual (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$66	\$66

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una sanción por inscripción tardía en la Parte D durante su vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea igual de buena que la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos superiores, es posible que deba pagar un monto adicional todos los meses directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos recetados.

Sección 1.2: Cambios en su monto máximo de bolsillo

Para protegerlo, Medicare requiere que todos los planes de salud limiten cuánto paga usted por “gastos directos de bolsillo” durante el año. Este límite se llama “monto máximo de bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos en la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
Monto máximo de bolsillo	\$6,700	\$6,700
Sus costos de servicios médicos cubiertos (como los copagos) se acumulan en su monto máximo de bolsillo. Su prima del plan y los costos de sus medicamentos recetados no se cuentan como parte de su monto máximo de bolsillo.	(servicios de la red)	(servicios de la red)
	\$10,000	\$10,000
	(servicios fuera de la red)	(servicios fuera de la red)
		Una vez que haya pagado \$6,700 de gastos directos de bolsillo por servicios de la red y \$10,000, por servicios fuera de la red, ya no deberá pagar nada más por los servicios cubiertos en la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: Modificaciones a la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el año próximo. Puede encontrar una versión actualizada del Directorio de proveedores en nuestro sitio web www.connecticare.com/medicare. También puede llamar al Servicio de Atención al Miembro para solicitar información de proveedores actualizada o pedirnos que le enviemos por correo el Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores 2019 para ver si sus proveedores (proveedor de atención médica primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay diversas razones por las cuales su proveedor podría abandonar su plan, pero si su médico o especialista lo abandona, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores pueda cambiar a lo largo del año, Medicare exige que le suministremos a usted acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible por avisarle con, al menos, 30 días de anticipación que su proveedor abandonará nuestro plan, de modo que tenga tiempo para elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para seguir gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si usted está recibiendo un tratamiento médico tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para asegurarlo, que el tratamiento médico necesario que recibe no sea interrumpido.
- Si cree que no le hemos suministrado un proveedor calificado para sustituir a su proveedor anterior o que su atención no se está manejando adecuadamente, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

- Si se entera de que su médico o especialista piensa abandonar su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención médica.

Sección 1.4: Modificaciones a la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que usa. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se adquieren en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle costos compartidos menores que los costos compartidos estándares que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Puede encontrar una versión actualizada del Directorio de proveedores y el Directorio de farmacias en nuestro sitio web www.connecticare.com/medicare. También puede llamar al Servicio de Atención al Miembro para solicitar información de proveedores actualizada o pedirnos que le enviemos por correo el Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias 2019 para ver qué farmacias hay en nuestra red.**

Sección 1.5: Modificaciones a los costos y beneficios de los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura de algunos servicios médicos para el año próximo. La siguiente información describe estos cambios. Para ver detalles de la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*, en su *Evidencia de cobertura para 2019*.

Costo	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
Examen físico anual	Es posible que haya tenido cobertura para más de un examen físico anual por año calendario	Usted solo tendrá cobertura para un examen físico anual por año calendario
Atención de emergencia	\$80 de copago por atención de emergencia dentro y fuera de la red. (No debe pagar este monto si lo internan en un período de 24 horas para la misma afección).	\$90 de copago por atención de emergencia dentro y fuera de la red. (No debe pagar este monto si lo internan en un período de 24 horas para la misma afección).

Costo	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
<p>Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados</p>	<p>Los costos compartidos se cobran por cada estadía hospitalaria.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> \$200 de copago por cada día de internación cubierto por Medicare para los días 1 a 7 y \$0 de copago por cada día adicional cubierto por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 50 % por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Los costos compartidos se cobran por cada estadía hospitalaria.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> \$400 de copago por cada día de internación cubierto por Medicare para los días 1 a 4 y \$0 de copago por cada día adicional cubierto por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 50 % por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p>	<p>Los medicamentos de la Parte B no están sujetos a los requisitos de terapia escalonada</p>	<p>Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a los requisitos de terapia escalonada</p>
<p>Servicios de observación/hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Coseguro del 20 % por cada visita de observación/de servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 50 % por cada visita de observación/de servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>Algunos servicios requieren autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> \$325 de copago por cada visita de observación/de servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 50 % por cada visita de observación/de servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>Algunos servicios requieren autorización previa.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
Atención en centros de enfermería especializada (SNF)	<p>Los costos compartidos se cobran por período de beneficios.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> En cada período de beneficios, usted paga \$0 de copago diario para días cubiertos por Medicare para los días 1 a 20; \$167 de copago diario para días cubiertos por Medicare para los días 21 a 100</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 50 % del costo total por día cubierto por Medicare para los días 1 a 100</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Los costos compartidos se cobran por período de beneficios.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> En cada período de beneficios, usted paga \$0 de copago diario para días cubiertos por Medicare para los días 1 a 20; \$172 de copago diario para días cubiertos por Medicare para los días 21 a 100</p> <p><u>Fuera de la red:</u> Coseguro del 50 % del costo total por día cubierto por Medicare para los días 1 a 100</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Atención de emergencia/urgencias en todo el mundo	<p>\$80 de copago por servicios de emergencia/urgencias en todo el mundo.</p> <p>(No debe pagar este monto si lo internan en un período de 24 horas para la misma afección).</p> <p>Hay un límite de \$50,000 por año calendario para servicios combinados de emergencia/urgencias en todo el mundo fuera de los Estados Unidos.</p>	<p>\$90 de copago por servicios de emergencia/urgencias en todo el mundo.</p> <p>(No debe pagar este monto si lo internan en un período de 24 horas para la misma afección).</p> <p>Hay un límite de \$50,000 por año calendario para servicios combinados de emergencia/urgencias en todo el mundo fuera de los Estados Unidos.</p>

Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. En este sobre hay una copia de nuestra Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos que incluimos en este sobre incluye muchos de los medicamentos que cubriremos el próximo año, pero no todos. Su medicamento aún podría estar cubierto aunque no aparezca en esta lista. **Puede**

obtener la Lista de medicamentos *completa* llamando al Servicio de Atención al Miembro (consulte la contraportada) o visitando nuestro sitio web (www.connecticare.com/medicare).

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos se sigan cubriendo el año próximo y para ver si se aplica alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede:

- **Trabajar con su médico (o con quien emite su receta) y pedirle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Recomendamos que los miembros actuales** pidan una excepción antes del año próximo.
 - Para saber lo que debe hacer para pedir 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 al Servicio de Atención al Miembro.
- **Trabajar con su médico (o con quien emite su receta) para encontrar un medicamento diferente** que tenga cobertura. Puede llamar al Servicio de Atención al Miembro y pedir una lista de los medicamentos cubiertos que sirven para tratar la misma afección médica.

En algunos casos, 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 membresía para evitar un período sin tratamiento en la terapia. En 2019, los miembros en centros de atención a largo plazo (long term care, LTC) recibirán un suministro temporal equivalente al suministro para días temporales que se proporcionan en todos los demás casos: 31 días de medicamentos en lugar de la cantidad suministrada en 2018 (98 días de medicamento). (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo pedir uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Mientras recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a otro medicamento cubierto por el plan o solicitar que el plan haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Si actualmente tiene una excepción del formulario para 2018, debe presentar una nueva solicitud para una excepción para 2019. Puede presentar su solicitud para una excepción del formulario para 2019 con anticipación, y si la aprueban, su excepción del formulario entrará en vigencia en 2019.

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

A partir de 2019, podremos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, a su vez, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que esté en el mismo nivel de costos compartidos o en uno más bajo y que tenga las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el

medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero pasarlo inmediatamente a un nivel de costos compartidos diferente o agregar nuevas restricciones. Esto significa que si usted toma el medicamento de marca que se reemplazará por un nuevo medicamento genérico (o si se produce un cambio en el nivel o las restricciones del medicamento de marca), ya no siempre recibirá un aviso del cambio 60 días antes de que lo apliquemos o recibirá un reabastecimiento de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si toma un medicamento de marca, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que realicemos, pero puede recibirla después de que se realice el cambio.

Además, a partir de 2019, antes de realizar otros cambios durante el año a nuestra Lista de medicamentos que requieren que le avisemos con anticipación si está tomando un medicamento, le enviaremos un aviso 30 días, en lugar de 60, antes de que hagamos el cambio. O bien, le proporcionaremos un reabastecimiento de su medicamento de marca de 30 días, en lugar de 60, en una farmacia de la red.

Cuando realicemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, puede seguir trabajando con su médico (u otro profesional que receta) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo previsto y proporcionaremos 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 en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si está en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos (“Ayuda adicional”), es posible que **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique en su caso**. Le enviamos un folleto por separado, llamado “Anexo de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar por sus medicamentos recetados” (también llamado “Anexo de subsidio para personas de bajos ingresos” [Low Income Subsidy, LIS] o “Anexo LIS”), que brinda información sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió este folleto antes del 30 de septiembre de 2018, llame al Servicio de Atención al Miembro y pida el “Anexo LIS”. Los números de teléfono del Servicio de Atención al Miembro figuran en la Sección 7.1 de este manual.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Lo que debe pagar por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentra. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información que está a continuación muestra los cambios para el año próximo en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanza las otras dos etapas: la Etapa sin cobertura y la Etapa de cobertura en caso de catástrofe. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 en la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de marca preferidos (nivel 3), medicamentos de marca no preferidos (nivel 4) y medicamentos especializados (nivel 5) hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$300.</p> <p>Durante esta etapa usted paga \$9 de costos compartidos estándares por receta y \$2 de costos compartidos preferidos por receta para medicamentos de nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos),</p> <p>\$20 de costos compartidos estándares por receta y \$10 de costos compartidos preferidos por receta para medicamentos de nivel 2 (medicamentos genéricos),</p> <p>el costo total de sus medicamentos de nivel 3 (medicamentos de marca preferidos, de nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos) y de nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$300.</p> <p>Durante esta etapa usted paga \$9 de costos compartidos estándares por receta y \$2 de costos compartidos preferidos por receta para medicamentos de nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos),</p> <p>\$20 de costos compartidos estándares por receta y \$10 de costos compartidos preferidos por receta para medicamentos de nivel 2 (medicamentos genéricos),</p> <p>el costo total de sus medicamentos de nivel 3 (medicamentos de marca preferidos, de nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos) y de nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que alcance el deducible anual.</p>

Cambios en los costos compartidos de la etapa de cobertura inicial

Para aprender cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de gastos directos de bolsillo que debe pagar por sus medicamentos cubiertos en su Evidencia de cobertura.*

	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
<p>Etapa 2: Cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte del costo por sus medicamentos que le corresponde, y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o para medicamentos recetados de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura.</i></p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para controlar si sus medicamentos estarán en un nivel diferente; búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): <i>Costos compartidos estándares:</i> usted paga \$9 por receta <i>Costos compartidos preferidos:</i> usted paga \$2 por receta</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos): <i>Costos compartidos estándares:</i> usted paga \$20 por receta <i>Costos compartidos preferidos:</i> usted paga \$10 por receta</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos): <i>Costos compartidos estándares:</i> usted paga \$47 por receta <i>Costos compartidos preferidos:</i> usted paga \$42 por receta</p> <p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos): <i>Costos compartidos estándares:</i> usted paga \$100 por receta <i>Costos compartidos preferidos:</i> usted paga \$95 por receta</p> <p>Nivel 5 (medicamentos especializados): <i>Costos compartidos estándares:</i> usted paga el 27 % del costo total. <i>Costos compartidos preferidos:</i> usted paga el 27 % del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$3,750, pasará a la siguiente etapa (la Etapa sin cobertura).</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): <i>Costos compartidos estándares:</i> usted paga \$9 por receta <i>Costos compartidos preferidos:</i> usted paga \$2 por receta</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos): <i>Costos compartidos estándares:</i> usted paga \$20 por receta <i>Costos compartidos preferidos:</i> usted paga \$10 por receta</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos): <i>Costos compartidos estándares:</i> usted paga \$47 por receta <i>Costos compartidos preferidos:</i> usted paga \$42 por receta</p> <p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos): <i>Costos compartidos estándares:</i> usted paga \$100 por receta <i>Costos compartidos preferidos:</i> usted paga \$95 por receta</p> <p>Nivel 5 (medicamentos especializados): <i>Costos compartidos estándares:</i> usted paga el 27 % del costo total. <i>Costos compartidos preferidos:</i> usted paga el 27 % del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$3,820, pasará a la siguiente etapa (la Etapa sin cobertura).</p>

Cambios en la etapa sin cobertura y la etapa de cobertura en caso de catástrofe

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa sin cobertura y la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, son para personas con costos altos de medicamentos. **La**

mayoría de los miembros no llegan a la Etapa sin cobertura o a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 en la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
Livanta (Organización para la Mejora de la Calidad de Connecticut)	Correo: Livanta Programa BFCC-QIO, Área 1 9090 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701	Correo: Livanta Programa BFCC-QIO, Área 1 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
Plan dental complementario opcional	Si tenía un beneficio dental complementario opcional de ConnectiCare, su beneficio era administrado por BeneCare, a través de la red de proveedores de BeneCare.	Si tenía un beneficio dental complementario opcional de ConnectiCare, su beneficio será administrado por DentaQuest, a través de la red de proveedores de DentaQuest. Consulte su directorio de proveedores para asegurarse de que su proveedor dental esté en la nueva red.
Autorización previa para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	Autorización previa necesaria para algunos medicamentos recetados de la Parte B	Se requerirá autorización previa para algunos medicamentos recetados adicionales de la Parte B

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea permanecer en el plan Flex 3

Para permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Medicare original antes del 7 de diciembre, permanecerá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para 2019.

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos conservarlo como miembro para el año próximo, pero si desea cambiar de plan para 2019, siga estos pasos:

Paso 1: Aprenda más sobre sus opciones y compárelas

- Puede unirse a otro plan de salud de Medicare.
- *O* puede cambiar a Medicare original. Si cambia a Medicare original, deberá decidir si desea unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

Para aprender más sobre Medicare original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y usted 2019*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (consulte la Sección 6), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área si usa el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y medicamentos”. **Aquí, puede encontrar información sobre costos, cobertura y puntajes de calidad para los planes de Medicare.**

Le recordamos que ConnectiCare, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden tener coberturas, primas mensuales y montos de costos compartidos diferentes.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiar **a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará su inscripción en el plan Flex 3.
- Para **cambiar a Medicare original con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se cancelará su inscripción en el plan Flex 3.
- Para **cambiar a Medicare original sin un plan de medicamentos recetados**, debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio de Atención al Miembro (los números de teléfono figuran en la Sección 7.1 de este manual).

- *También* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios que usan un dispositivo TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan o pasar a Medicare original para el año próximo, puede hacerlo **del 15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2019.

¿Hay otros momentos durante el año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, que reciben “Ayuda adicional” para pagar por sus medicamentos, que tienen cobertura de un empleador o que dejan dicha cobertura, y las personas que se mudan fuera del área de servicio pueden tener permitido hacer un cambio en otros momentos durante el año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

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

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que entrará en vigencia el 1.º 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.º de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

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 Connecticut, el SHIP se llama Programa de Connecticut para asistencia de seguro médico, alcance, información y derivación, asesoría, elegibilidad y detección (Connecticut’s program for **H**ealth insurance assistance, **O**utreach **I**nformation and referral, **C**ounseling, **E**ligibility **S**creening, CHOICES).

CHOICES es independiente (no está vinculado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para proporcionar asesoramiento local **gratuito** sobre seguro médico para personas con Medicare. Los asesores de CHOICES pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Además, pueden ayudarlo a comprender las opciones de planes de Medicare y a responder preguntas sobre cambios de planes. Puede llamar a CHOICES al 1-800-994-9422. Para aprender más sobre CHOICES, visite su sitio web (<http://www.ct.gov/agingservices>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar por medicamentos recetados

Puede reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar por medicamentos recetados.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían reunir los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, esto incluye las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no estarán sujetos al período sin cobertura ni a la sanción por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos para este programa y no lo saben. Para ver si reúne los requisitos, llame:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de un dispositivo TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
 - A la Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de un dispositivo TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (inscripciones).
 - A su oficina estatal de Medicaid (inscripciones).
- **Asistencia de costos compartidos para medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos del SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a individuos con VIH/SIDA que son elegibles para el programa a acceder a medicamentos del VIH que les pueden salvar la vida. Los individuos deben reunir ciertos criterios, entre ellos, prueba de residencia en el estado, estado de VIH, ingresos bajos según la definición del estado y estado sin cobertura/con cobertura insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para recibir asistencia de costos compartidos para medicamentos recetados del Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Connecticut (Connecticut AIDS Drug Assistance Program, CADAP) administrado por el Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS). Para obtener información sobre requisitos de elegibilidad, medicamentos cubiertos, o sobre cómo inscribirse en el programa, llame a CADAP al 1-800-233-2503.

SECCIÓN 7 ¿Tiene alguna pregunta?

Sección 7.1: Cómo obtener ayuda del plan Flex 3

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Servicio de Atención al Miembro al 1-800-224-2273. (Solo para TTY, llame al 1-800-842-9710). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* para 2019 (contiene detalles sobre los costos y beneficios del año próximo)

Este *Aviso anual de cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus costos y beneficios para 2019. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* para 2019 del plan Flex 3. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Le explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.connecticare.com/medicare. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores y farmacias) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Contiene información sobre costos, cobertura y puntajes de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área si usa el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y medicamentos”).

Lea *Medicare y usted 2019*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2019*. Todos los años en el otoño, se envía este manual a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y responde a preguntas frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de un dispositivo TTY deben llamar al 1-877-486-2048.