**[PDP models]  
[2019 ANOC model]**

***[Insert 2019 plan name] ([insert plan type]) ofrecido por [insert Part D sponsor name]***

# Aviso anual de cambios para 2019

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

En la actualidad, está inscrito como miembro de *[insert 2018 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 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 2019 y consulte la Sección *[insert section number]* para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
* Los costos de los medicamentos pueden haber aumentado respecto del año pasado. Consulte con su médico sobre alternativas disponibles para usted y que tengan un costo menor. Esto puede ayudarle a ahorrar en los costos anuales que paga 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 variar los costos de sus medicamentos.
* 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. 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 limita su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

1. **ELIJA: decida si** desea 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.

1. **INSCRÍBASE:** para cambiar los planes, inscríbase en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2018**

* Si **no se inscribe en otro plan antes del** **7 de diciembre de 2018**, permanecerá en *[insert 2018 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 2018**, se lo inscribirá en *[insert 2019 plan name]*.]
* Si se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2019.

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.]*

Acerca de *[insert 2019 plan name]*

* *[Insert Federal contracting statement.]*
* Cuando este folleto dice“nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a *[insert Part D sponsor name]*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a *[insert 2019 plan name]*.

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

*Resumen de costos importantes para 2019*

La siguiente tabla compara los costos de 2018 y 2019 para *[insert 2019 plan name]* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este *Aviso anual de cambios*** y revisar la *Evidencia de cobertura* [*insert as applicable:* adjunta *OR* anexa *OR* que se envió por separado por correo] para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan.

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (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 2018 premium amount]* | *[Insert 2019 premium amount]* |
| Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D  (Consulte la Sección *[edit section number as needed]* 2.3 para obtener detalles). | Deducible: *[Insert 2018 deductible amount]*  *[Copayment/Coinsurance as applicable]* durante la Etapa de cobertura inicial:   * Medicamentos de Nivel 1: *[Insert 2018 cost‑sharing]* * *[Repeat for all drug tiers.]* | 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.]* |

***Aviso anual de cambios* para 2019  
Índice**

*[Update table below after completing edits.]*

*Resumen de costos importantes para 2019* 1

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan 3

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en *[insert 2019 plan name]* en 2019 3

SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo 4

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual 4

Sección 2.2 – Cambios en la red de farmacias 4

Sección 2.3 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D 5

SECCIÓN 3 Cambios administrativos 14

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir 14

Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en *[insert 2019 plan name]* 14

Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan 14

SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan 16

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 16

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 17

SECCIÓN 8 Preguntas 18

Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de *[insert 2019 plan name]* 18

Sección 8.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 18

*[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 2019, el nombre de nuestro plan cambiará de *[insert 2018 plan name]* a *[insert 2019 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 beneficiary communication.]*]

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en *[insert 2019 plan name]* en 2019

*[If the beneficiary 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 crosswalks 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 2019, *[insert Part D sponsor name]* combinaremos *[insert 2018 plan name]* con uno de nuestros planes, *[insert 2019 plan name]*.

**Si no ha hecho nada para cambiar su cobertura de Medicare hasta el 7 de diciembre de 2018, lo inscribiremos automáticamente en *[insert 2019 plan name]*.** Esto significa que a partir del 1 de enero de 2019, obtendrá su cobertura para medicamentos con receta a través de *[insert 2019 plan name]*. Si lo desea, puede cambiarse a un plan de medicamentos con receta de Medicare distinto. También puede cambiarse a un plan de salud de 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 2018 plan name]* y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2019 como miembro de *[insert 2019 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.]*

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (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, a menos que la pague Medicaid). | *[Insert 2018 premium amount]* | *[Insert 2019 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 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 2019 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 2019. *[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 2.3 – 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:* 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***llamando a Servicios para los miembros (consulte la contratapa) o visitando 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 2019 que en 2018. 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.]

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 7 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 2019, 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 2018 (*[insert 2018 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 3 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 reglas de Medicare.

[*Plan sponsors that otherwise meet all requirements and want the option to immediately replace brand name drugs with their new generic equivalents should insert the following:* A partir de 2019, 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 que, si está tomando el medicamento de marca que será reemplazado por el nuevo medicamento genérico (o el nivel o la restricción del medicamento de marca cambia), no recibirá siempre aviso del cambio 60 días antes de que lo apliquemos ni recibirá un resurtido para 60 días 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.

Además, a partir de 2019, antes de que hagamos otros cambios durante el año en nuestra Lista de medicamentos que debamos informarle con anticipación cuando esté tomando un medicamento determinado, le proporcionaremos un aviso 30 días, no 60 días, antes de que apliquemos el cambio. O le proporcionaremos un resurtido para *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one month)]* días, y no para 60 días, del medicamento de marca en una farmacia de la red.]

*[Plan sponsors that will not be using the option to make immediate generic substitutions should insert the following:]*

A partir de 2019, antes de que hagamos cambios durante el año en nuestra Lista de medicamentos que debamos informarle con anticipación cuando esté tomando un medicamento determinado, le proporcionaremos un aviso de esos cambios 30 días, no 60 días, antes de que los apliquemos. O le proporcionaremos un resurtido para *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan’s one month)]* días, y no para 60 días, del medicamento de marca en una farmacia de la red. Le proporcionaremos este aviso antes, por ejemplo, de reemplazar un medicamento de marca de la Lista de medicamentos por un medicamento genérico o antes de realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

*[All plan sponsors should include the remainder of this section.]*

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 3 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 4 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 4 de la *Evidencia de cobertura* [*insert as applicable:* adjunta *OR* anexa *OR* que se envió por separado por correo]).

Cambios en la Etapa del deducible

| Etapa | 2018 (este año) | 2019 (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 2018 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 2018 and/or 2019 insert the following:]* Durante esta etapa, usted paga *[insert cost‑sharing amount that a beneficiary 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 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 2018 and/or 2019 insert the following:]* Durante esta etapa, usted paga *[insert cost‑sharing amount that a beneficiary 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 2018 to 2019 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 2019 en relación con 2018.]

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4, *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 | 2018 (este año) | 2019 (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 2018 to 2019 insert for each applicable tier:* En 2018, usted pagó [*insert as appropriate:* un copago de $[*xx*] *OR* el [*xx*]% de coseguro] por los medicamentos del Nivel *[insert tier name]*. En 2019, 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 2018 to 2019 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]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez que [*insert as applicable*: los costos totales de los medicamentos alcancen los $*[insert 2018 initial coverage limit]*, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). *OR* haya pagado $*[insert 2018 out‑of‑pocket threshold]* de su bolsillopor medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).] | Sus costos por un suministro para un mes *[plans that are changing the number of days in their one‑month supply from 2018 to 2019 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]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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).] |
| 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 2018 to 2019 insert:* La cantidad de días de un suministro para un mes ha cambiado para 2019 en relación con 2018 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 4 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.] |  |  |

*[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 | 2018 (este año) | 2019 (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 2018 to 2019 insert for each applicable tier:* En 2018, usted pagó [*insert as appropriate:* un copago de $[*xx*] *OR* el [*xx*]% de coseguro] por los medicamentos de este nivel. En 2019, usted pagará [*insert as appropriate:* un copago de $[*xx*] *OR* el [*xx*]% de coseguro] por los medicamentos de este nivel.]  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 2018 to 2019 insert:* La cantidad de días de un suministro para un mes ha cambiado para 2019 en relación con 2018 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 4 de su *Evidencia de cobertura*. | Sus costos por un suministro para un mes *[Plans that are changing the number of days in their one‑month supply from 2018 to 2019 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]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Una vez que [*insert as applicable*: los costos totales de los medicamentos alcancen los $*[insert 2018 initial coverage limit]*, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). *OR* haya pagado $*[insert 2018 out‑of‑pocket threshold]* de su bolsillopor medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).] | Sus costos por un suministro para un mes [*Plans that are changing the number of days in their one‑month supply from 2018 to 2019 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]*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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).] |
| Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)  [*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.] |  |  |

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 2018 to 2019 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:* copago a coseguro *OR* coseguro a copago.]]

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 4 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, changes in prior authorization requirements, 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 | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
| --- | --- | --- |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2018 administrative description]* | *[Insert 2019 administrative description]* |
| *[Insert a description of the administrative process/item that is changing]* | *[Insert 2018 administrative description]* | *[Insert 2019 administrative description]* |

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en *[insert 2019 plan name]*

**Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada.** Si no se registra para un plan diferente hasta el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2019.

### Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2019, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

* Puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente.
* *O BIEN*, puede cambiar a un plan de salud de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
* *O BIEN,* puede mantener su cobertura de salud actual de Medicare y dejar su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (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 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 Part D sponsor 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 medicamentos con receta de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *[insert 2019 plan name]*.
* Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare**, debe inscribirse en el nuevo plan de salud. Según el tipo de plan que elija, es posible que se cancele su inscripción en *[insert 2019 plan name]* automáticamente.
  + Automáticamente, se cancelará su inscripción en *[insert 2019 plan name]* si se inscribe en cualquier plan de salud de Medicare que incluya cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. También se cancelará automáticamente su inscripción si se inscribe en una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare o una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) de Medicare, incluso si dicho plan no incluye cobertura para medicamentos con receta.
  + Si elige un plan de pago por servicio privado sin la cobertura para medicamentos de la Parte D, un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare, o un plan de Costo de Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y mantener *[insert 2019 plan name]* para cobertura para medicamentos. Si se inscribe en uno de estos tipos de planes, no se cancelará automáticamente su inscripción en *[insert 2019 plan name].* Si se inscribe en este tipo de plan y desea abandonar nuestro plan, debe solicitar que se cancele su inscripción en *[insert 2019 plan name]*. Para solicitar que se cancele su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito o ponerse en contacto con Medicare 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).
* 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 de medicamentos con receta diferente o a un plan de salud de 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 2019.

¿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 2.2 del Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura*.

[Nota: si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiar de plan.]

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 de asistencia de seguro de salud del estado (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 de salud, a nivel local y **en 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:
  + 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 de salud (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 an ADAP in their state(s) that do NOT provide Insurance Assistance should delete this bullet.] [Plans with no Part D drug cost‑sharing should delete this section.]***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 2019 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 2019 (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 2019. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2019 para *[insert 2019 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. Una copia de la *Evidencia de cobertura* [*insert as applicable:* seincluye en este sobre *OR* se enviará por separado por correo].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 farmacias (Directorio de farmacias) 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). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de medicamentos con receta 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 conocer más información sobre los planes, visite http://www.medicare.gov y haga clic en “Review and Compare Your Coverage Options” [Revisar y comparar sus opciones de cobertura]).

Lea *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019)

Usted puede leer el manual *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019). 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) 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.