

Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP) *ofrecido por Elderplan, Inc.*

Aviso anual de cambios para 2019

Actualmente, está inscrito como miembro de Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP). El año próximo habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
 - 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 1.5 y 1.6 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto para nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan 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 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Es posible que los costos de los medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico acerca de alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted. Esto podría ahorrarle dinero en los costos que paga de su bolsillo anualmente. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos paneles de información destacan cuáles son los fabricantes que han aumentado los precios y también muestran otra información sobre el precio de los medicamentos de año a año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente la medida en que pueden cambiar los costos de sus propios medicamentos.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- ¿Están sus médicos en nuestra red?
 - ¿Qué ocurre con los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información acerca de nuestro Directorio de proveedores y farmacias.

- Piense acerca de los costos generales de la atención médica.
 - ¿Cuánto pagará de su bolsillo para los servicios y medicamentos con receta que utiliza con frecuencia?
 - ¿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.

2. COMPARE: conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el 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 medicamentos).
 - Revise la lista en la portada posterior del manual Medicare & You (Medicare y Usted).
 - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que limita su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: decida si desea cambiar su plan

- Si desea **conservar** Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP), no es necesario que haga nada. Permanecerá en Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP).
- Si desea cambiarse a un plan diferente que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan desde ahora hasta el 31 de diciembre. Su nueva cobertura entrará en

vigencia el primer día del mes siguiente. Consulte la Sección 2.2 de la página 19 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

4. INSCRÍBASE: para cambiarse de plan, inscríbese en un plan desde ahora hasta el **31 de diciembre de 2018**

- **Si no se inscribe en otro plan antes del 31 de diciembre de 2018**, permanecerá en Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP).
- **Si se inscribe en un nuevo plan antes del 31 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el primer día del siguiente mes.
- A partir de 2019, existen nuevos límites sobre la frecuencia con la que puede cambiar de plan. Consulte la Sección 3 de la página 22 para obtener más información.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español gratuitamente.
- Para obtener información adicional, llame al Departamento de Servicios para los miembros al 1-877-891-6447. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
- Esta información está disponible en distintos formatos, como braille, tamaño de letra grande u otros formatos alternativos.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo**

(Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

Información sobre Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP)

- Elderplan Plus Long Term Care es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa New York State Medicaid para coordinar los beneficios de Medicaid.
 - Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Elderplan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP).
-

Resumen de costos importantes para 2019

En la siguiente tabla, se comparan los costos del año 2018 con los costos del año 2019 para *Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP)* 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 para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan a usted.** Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por los deducible, las consultas en el consultorio médico y las hospitalizaciones.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.</p>	<p>\$0</p> <p>para su prima de la Parte D</p>	<p>\$0</p> <p>para su prima de la Parte D</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta Consultas al especialista: copago de \$0 por consulta	Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta Consultas al especialista: copago de \$0 por consulta
Hospitalizaciones Incluye cuidados agudos para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado.	Usted paga un deducible anual de \$0 y un copago de \$0	Usted paga un deducible de \$0 por período de beneficios y un copago de \$0 por día

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento de Nivel 1: para todos los medicamentos, usted paga un copago de \$0 	<p>Deducible: \$0, \$85 o \$415</p> <p>Coseguro o copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamento de Nivel 1: usted paga un coseguro del 25% o*:</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): copago de \$0, \$1.25 o \$3.40, o 15% del costo total</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)		Para todos los demás medicamentos: copago de \$0, \$3.80 u \$8.50, o 15% del costo total * Según cuál sea su ingreso y su situación institucional

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el <u>máximo</u> que tendrá que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	<p>\$6,700</p> <p>Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$6,700</p> <p>No hay cambios para 2019.</p> <p>Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

Aviso anual de cambios para 2019**Índice**

Aviso anual de cambios para 2019	1
Resumen de costos importantes para 2019.....	6
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios de Medicare para el próximo año.....	13
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual	13
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	13
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	14
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias.....	16
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	16
Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	18
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	26
Sección 2.1 Si desea seguir inscrito en Elderplan Plus Long Term (HMO SNP).....	26
Sección 2.2 Si desea cambiar de plan.....	26
SECCIÓN 3 Cambio de plan.....	28
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	29

**SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar
los medicamentos con receta30**

SECCIÓN 6 Preguntas.....32

Sección 6.1 Cómo recibir ayuda de Elderplan Plus
Long Term Care (HMO SNP)32

Sección 6.2 Cómo recibir ayuda de Medicare.....33

Sección 6.3 Cómo obtener ayuda de Medicaid.....34

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios de Medicare para el próximo año

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid).	\$0 para su prima de la Parte D	\$0 para su prima de la Parte D

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

A fin de protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, por lo general, no tiene que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo	\$6,700	\$6,700
Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de sus bolsillos. Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.		No hay cambios para 2019.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el año próximo. El Directorio de proveedores y farmacias actualizado se encuentra en nuestro sitio web en www.elderplan.org. También puede llamar

al Departamento de Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores y farmacias.

Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2019 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.

Es importante que tenga en cuenta que podemos hacer cambios en cuanto a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que paga por los medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos con receta 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.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el año próximo. El Directorio de proveedores y farmacias actualizado se encuentra en nuestro sitio web en www.elderplan.org. También puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores y farmacias.

Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2019 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que en el *Aviso anual de cambios* solo se informan los cambios en los costos y beneficios de Medicare.

El año próximo cambiaremos nuestra cobertura de ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Si desea obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de Cobertura de 2019*. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.elderplan.org.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Servicios médicos o profesionales: Otros profesionales de salud	Se requiere autorización para las consultas médicas a domicilio si las realiza alguien que no sea su médico de atención primaria (PCP) que figura en los registros.	Solo se requiere autorización para las consultas en el hogar facturadas por un profesional de enfermería o un auxiliar médico directamente.
Medicamentos de venta libre (OTC)	<p>Usted puede comprar hasta \$255 por trimestre (3 meses) de algunos productos OTC con una tarjeta de débito provista por Elderplan.</p> <p>Los dólares para beneficios de OTC no pueden transferirse al siguiente trimestre.</p>	<p>Usted puede comprar hasta \$264 por trimestre (3 meses) de algunos productos OTC con una tarjeta de débito provista por Elderplan.</p> <p>Los dólares para beneficios de OTC no pueden transferirse al siguiente trimestre.</p>
Audífonos	El plan proporciona un total de \$500 para 1 audífono para un solo oído cada 3 años.	El plan proporciona un total de \$1000 para audífonos para ambos oídos combinados cada 3 años.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Educación para la salud y el bienestar	El Programa de educación para la salud y el bienestar está cubierto.	El Programa de educación para la salud y el bienestar no está cubierto.
Terapia de ejercicio supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET)	La terapia de ejercicios con supervisión (SET) no está cubierta.	Usted paga un copago de \$0 por cada sesión de terapia de ejercicios con supervisión (SET).

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en la Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de Medicamentos”. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos electrónicamente. La Lista de medicamentos que proporcionamos electrónicamente incluye muchos (pero no la totalidad) de los medicamentos que cubriremos el año próximo. Si no encuentra su medicamento en esta lista, es posible que aún se encuentre cubierto. **Puede conseguir la Lista de medicamentos completa** si llama al Departamento de Servicios para los miembros (consulte la portada posterior) o visita nuestro sitio web (www.elderplan.org).

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos.

Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el año próximo y para comprobar si existen restricciones.

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. **Alentamos a los miembros actuales** a solicitar una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame al Departamento de Servicios para los miembros.
- **Consultar con su médico (o 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 médica.

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. Para 2019, los miembros que residan en centros de atención a largo plazo (long term care, LTC) recibirán un suministro temporal equivalente a la cantidad de días de suministro

temporal proporcionado en los demás casos: 31 días de medicamentos en lugar de la cantidad proporcionada en 2018 (por lo menos 91 días y hasta 98 días de medicamentos). (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de Cobertura*). Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Puede cambiarse a un medicamento distinto cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Si es actualmente un miembro y el medicamento que está tomando se retira del formulario o tiene algún tipo de restricción el próximo año, usted podrá solicitar una excepción al formulario por adelantado para el próximo año. Le comunicaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Los miembros actuales pueden solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos cuando comienza cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos realizar otros cambios que están permitidos por las normas de Medicare.

A partir de 2019, podemos eliminar un medicamento de marca de la Lista de medicamentos de inmediato si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un medicamento genérico nuevo que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior

y con las mismas restricciones o menos restricciones.

Además, cuando agreguemos un medicamento genérico nuevo, podemos decidir conservar el medicamento de marca en la Lista de medicamentos, pero lo pasaremos de inmediato a un nivel de costo compartido diferente o agregaremos restricciones nuevas. Esto significa que, si está tomando el medicamento de marca que se va a reemplazar por uno nuevo genérico (o cambia el nivel o la restricción en el medicamento de marca), no siempre recibirá aviso del cambio 60 días antes de que lo realicemos ni obtendrá un resurtido para 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, aun así seguirá recibiendo información acerca del cambio específico que realicemos, pero es posible que la reciba luego de realizado el cambio.

Además, a partir de 2019, antes de realizar otros cambios en la Lista de medicamentos durante el año que requieran proporcionarle un aviso anticipado si está tomando un medicamento, le proporcionaremos un aviso 30 días, en lugar de 60, antes de realizar el cambio. O le proporcionaremos un resurtido de 30 días, en lugar de uno de 60 días, de su medicamento de marca en una farmacia de la red.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, usted puede seguir hablando con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. Además, seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea tal como estaba programado y proporcionaremos la información adicional solicitada que refleje los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información acerca de los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D que no se aplique a usted.** Hemos incluido 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 conocida como “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. Debido a que recibe “Ayuda adicional”, llame al Departamento de Servicios para los miembros y solicite la “Cláusula LIS”. En la Sección 6.1 de este folleto encontrará los números de teléfono de Servicios para los Miembros.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Lo que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de su *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 los costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.</p>	<p>El deducible es de \$0, \$85 o \$415 (Consulte el inserto aparte, “Cláusula LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p>

Cambios en su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos que se encuentra en su Evidencia de Cobertura.*

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, 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.</p> <p>Los costos de esta sección son para un suministro para un mes (30 días) si usted obtiene su medicamento con receta en una farmacia de la red que ofrece costo compartido estándar.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar:</p> <p>Para todos los medicamentos cubiertos, usted paga un copago de \$0. Los montos de los costos compartidos también corresponden a suministros para 2 meses (60 días) y 3 meses (90 días) para farmacias minoristas estándares.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1:</p> <p>Usted paga el 25% del costo total o lo siguiente*:</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): copago de \$0, \$1.25 o \$3.40, o 15% del costo total</p> <p>Para todos los demás medicamentos: copago de \$0, \$3.80 u \$8.50, o 15% del costo total</p>

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)		<p>* Según cuál sea su ingreso o su situación institucional</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,820, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

Cambios en la Etapa del período de interrupción de la cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

La Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para las personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a ninguna de las dos etapas.**

Si desea obtener información sobre los costos de estas etapas, consulte el *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 Si desea seguir inscrito en Elderplan Plus Long Term (HMO SNP)

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare Original, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2019.

Sección 2.2 Si desea cambiar de plan

Esperamos que el año próximo siga siendo miembro de nuestro plan, pero si desea cambiar en 2019, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare distinto.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019), llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 4 o llame a Medicare [consulte la Sección 6.2]).

También puede encontrar información sobre los planes en su área a través del Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos). **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Como recordatorio, Elderplan, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costo compartido.

Paso 2: cambie su cobertura

- Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP) se cancelará automáticamente.
- Para cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta, debe inscribirse en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP).
- Para cambiarse a Medicare Original 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, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros (en la Sección 6.1 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.

Si se pasa a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

SECCIÓN 3 Cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde ahora hasta el 31 de diciembre. El cambio 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, es posible que 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 puedan realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

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

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019, y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos con receta) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos con receta) entre el 1 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 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En New York, el SHIP se denomina Programa de información, asesoría y asistencia en seguros de salud (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP) de la *Oficina para las Personas de Edad Avanzada*.

El Programa de información, asesoramiento y asistencia en seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada es 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 Programa de información, asesoramiento y asistencia en seguros de salud (HIICAP) pueden ayudarlo con sus preguntas y problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan. Puede llamar al Programa de información, asesoría y asistencia en seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada al (212) 602-4180 (dentro de los distritos) o al 1-800-701-0501 (fuera de los distritos). Puede obtener más información sobre el Programa de información, asesoría y asistencia en seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada en su sitio web (<https://aging.ny.gov/healthbenefits/>).

Si tiene preguntas sobre los beneficios del programa New York State Medicaid, comuníquese con la oficina de la Línea de ayuda

de Medicaid de la HRA del Departamento de Salud del estado de New York (Servicios Sociales) al 1-888-692-6116. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Pregunte cómo la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare afectan la obtención de su cobertura del programa New York State Medicaid.

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también denominada Subsidio por bajos ingresos. La Ayuda adicional paga algunas de las primas, los deducibles anuales y los coseguros de los medicamentos con receta. Debido a que usted califica, no tendrá un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda adicional, 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), o
 - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).

- **Ayuda desde el programa de asistencia farmacéutica de su estado.** New York tiene un programa llamado Programa de Cobertura de Seguro de Productos Farmacéuticos para las Personas Mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage Program, EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta de acuerdo con su necesidad económica, edad o afección médica. 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 4 de este folleto).
- **Asistencia de costo compartido 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 viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y condición del VIH, comprobante de ingresos bajos según lo definido por el estado y comprobante de estado de sin seguro o infraseguro. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA de New York. Para obtener información sobre el criterio de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.

SECCIÓN 6 Preguntas

Sección 6.1 Cómo recibir ayuda de Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudarlo. Llame al Departamento de Servicios para los miembros al 1-877-891-6447. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. 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 más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* de 2019 para Elderplan Plus Long Term Care (HMO SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.elderplan.org.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.elderplan.org. Recuerde que en nuestro sitio web puede encontrar información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores y farmacias) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2 Cómo recibir 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), 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>). Dispone de información sobre el costo, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y medicamentos]).

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

Puede leer el Manual *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2018). Todos los años, en otoño, se envía este folleto por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare y responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si 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.

Sección 6.3 Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información sobre Medicaid, puede llamar a la *Línea de ayuda de Medicaid de la HRA de la oficina del Departamento de Salud del estado de New York (Servicios Sociales) al 1-888-692-6116. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.*

Elderplan, Inc.

Aviso sobre no discriminación: la discriminación es ilegal

Elderplan/HomeFirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan, Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Elderplan/HomeFirst

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información por escrito en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de derechos civiles. Si considera que Elderplan/HomeFirst no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante:

Elderplan, Inc.

Coordinador de derechos civiles

6323 7th Avenue Brooklyn, NY, 11220

Teléfono: 1-877-326-9978, TTY 711

Fax: 1-718-759-3643

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW,
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Hay formularios de quejas disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicio de interpretación multilingüe

ATTENTION: If you speak a non-English language or require assistance in ASL, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-891-6447 (TTY: 711).

(Español) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-891-6447 (TTY: 711).

(Ruso) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-891-6447 (телетайп: 711).

(Criollo francés) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-891-6447 (TTY: 711).

(Coreano) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-877-891-6447 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

(Italiano) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-891-6447 (TTY: 711).

(Yiddish) אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-877-891-6447 (TTY: 711).

(Bengali) লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন

1-877-891-6447 (TTY: 711)।

(Polaco) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-891-6447 (TTY: 711).

(Árabe) ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية أو تحتاج إلى مساعدة في ASL، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك مجاناً. اتصل برقم 1-877-891-6447 (TTY: 711).

(Francés) ATENCIÓN: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-891-6447 (ATS: 711).

(Urdu) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-877-891-6447 (TTY: 711)

(Tagalo) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-891-6447 (TTY: 711).

(Griego) ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-877-891-6447 (TTY: 711).

(Albanés) KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-877-891-6447 (TTY: 711).