



## **VillageHealth (HMO-POS SNP) ofrecido por SCAN Health Plan**

# **Notificación anual de cambios para 2018**

Actualmente está inscrito como miembro de VillageHealth. El año próximo, se realizarán algunos cambios a los costos y beneficios del plan. *Este folleto explica 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 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 y 2 para obtener información acerca de los cambios a los beneficios y costos para 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 2018 en la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos. En nuestro sitio web [www.villagehealthca.com](http://www.villagehealthca.com) se encuentra disponible una Lista de medicamentos

actualizada. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener una Lista de medicamentos actualizada, o bien puede pedirnos que se la enviemos por correo.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
  - ¿Se encuentran sus médicos en nuestra red?
  - ¿Se encuentran 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 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.

## 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 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 3.2 para aprender más 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** VillageHealth, no es necesario que haga nada. Permanecerá en VillageHealth.
- Para cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

## 4. **INSCRÍBASE:** para cambiar los planes, inscríbase en un plan entre **el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2017**

- Si **no se inscribe antes del 7 de diciembre de 2017**, permanecerá en VillageHealth.
- Si se **inscribe antes del 7 de diciembre de 2017**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2018.

## Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin cargo en español.
- Para obtener información adicional, llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes. Los mensajes que se reciban los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.
- También podemos proporcionarle información de forma gratuita en tamaño de letra grande, braille, grabaciones de audio o en otros formatos alternativos, si lo necesita. Si es elegible para recibir Medicare debido a una discapacidad, debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan que sea accesible y adecuada para usted.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura mínima esencial (MEC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

## Acerca de VillageHealth

- VillageHealth (HMO-POS SNP) es un plan HMO y es un plan con opción de Punto de servicio (POS) con un contrato de Medicare. La inscripción en SCAN Health Plan depende de la renovación del contrato. El Punto de servicio es una opción del Plan de atención administrada de Medicare que le permite recibir servicios específicos fuera de la red de proveedores del plan. En algunos casos, puede haber un costo adicional por los servicios.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a SCAN Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a VillageHealth.

18C-ANOCVH2SP G10258

Y0057\_SCAN\_10199\_2017F\_SP File & Use Accepted

## Resumen de costos importantes para 2018

La tabla a continuación compara los costos de 2017 y de 2018 para VillageHealth en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que se trata solo de un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este Notificación anual de cambios** y revisar la *Evidencia de cobertura* que se adjunta para ver si otros cambios a los beneficios o costos le afectan.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$36.30	\$35.50
<b>Deducible</b>	\$183	Su deducible es el deducible de la Parte B de Medicare. En 2017, el deducible de la Parte B de Medicare fue de \$183.  Este monto puede cambiar para el año 2018.
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> Es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	<b>Dentro y fuera de la red</b> \$6,700	<b>Dentro y fuera de la red</b> \$6,700

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Consultas en el consultorio del médico</b>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p><b>Consultas de atención primaria:</b> Copago de \$0 por consulta</p> <p><b>Consultas a especialistas:</b> Copago de \$0 por consultas de nefrología</p> <p>20% del costo total por todos los demás servicios de especialistas por consulta</p> <p><b>Fuera de la red</b></p> <p><b>Consultas de atención primaria:</b> 20% del costo total por consulta</p> <p><b>Consultas a especialistas:</b> 20% del costo total por consulta</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p><b>Consultas de atención primaria:</b> Copago de \$0 por consulta</p> <p><b>Consultas a especialistas:</b> Copago de \$0 por consultas de nefrología</p> <p>20% del costo total por todos los demás servicios de especialistas por consulta</p> <p><b>Fuera de la red</b></p> <p><b>Consultas de atención primaria:</b> 20% del costo total por consulta</p> <p><b>Consultas a especialistas:</b> Copago de \$0 por consultas de nefrología</p> <p>20% del costo total por todos los demás servicios de especialistas por consulta</p>

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p><b>Hospitalizaciones</b> Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga un deducible de \$1,316 para los días 1 a 60, un copago de \$329 por día para los días 61 a 90 y un copago de \$658 por día por días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficios.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b> En 2017, usted pagaba un deducible de \$1,316 para los días 1 a 60, un copago de \$329 por día para los días 61 a 90 y un copago de \$658 por día por días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficios.  Estos montos pueden cambiar en el año 2018.</p>
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$400</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 1:</b> \$3.50 por receta (suministro para 30 días al <i>Costo compartido estándar</i>)</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 2:</b> \$0 por receta (suministro para 30 días al <i>Costo compartido preferido</i>)</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 2:</b> 25% del costo total (suministro para 30 días al <i>Costo compartido estándar</i>)</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 2:</b> 25% del costo total (suministro para 30 días al <i>Costo compartido preferido</i>)</li> </ul>	<p>Deducible: \$405</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 1:</b> \$2 por receta (suministro para 30 días al <i>Costo compartido estándar</i>)</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 2:</b> \$0 por receta (suministro para 30 días al <i>Costo compartido preferido</i>)</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 2:</b> 25% del costo total (suministro para 30 días al <i>Costo compartido estándar</i>)</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 2:</b> 25% del costo total (suministro para 30 días al <i>Costo compartido preferido</i>)</li> </ul>

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="703 321 1036 541">• <b>Medicamentos de Nivel 3:</b> 25% del costo total (suministro para 30 días al <i>Costo compartido estándar</i>)</li> <li data-bbox="703 569 1036 709">25% del costo total (suministro para 30 días al <i>Costo compartido preferido</i>)</li> <li data-bbox="703 758 1036 978">• <b>Medicamentos de Nivel 4:</b> 25% del costo total (suministro para 30 días al <i>Costo compartido estándar</i>)</li> <li data-bbox="703 1005 1036 1146">25% del costo total (suministro para 30 días al <i>Costo compartido preferido</i>)</li> <li data-bbox="703 1194 1036 1415">• <b>Medicamentos de Nivel 5:</b> 25% del costo total (suministro para 30 días al <i>Costo compartido estándar</i>)</li> <li data-bbox="703 1442 1036 1583">25% del costo total (suministro para 30 días al <i>Costo compartido preferido</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1079 321 1412 541">• <b>Medicamentos de Nivel 3:</b> 25% del costo total (suministro para 30 días al <i>Costo compartido estándar</i>)</li> <li data-bbox="1079 569 1412 709">25% del costo total (suministro para 30 días al <i>Costo compartido preferido</i>)</li> <li data-bbox="1079 758 1412 978">• <b>Medicamentos de Nivel 4:</b> 25% del costo total (suministro para 30 días al <i>Costo compartido estándar</i>)</li> <li data-bbox="1079 1005 1412 1146">25% del costo total (suministro para 30 días al <i>Costo compartido preferido</i>)</li> <li data-bbox="1079 1194 1412 1415">• <b>Medicamentos de Nivel 5:</b> 25% del costo total (suministro para 30 días al <i>Costo compartido estándar</i>)</li> <li data-bbox="1079 1442 1412 1583">25% del costo total (suministro para 30 días al <i>Costo compartido preferido</i>)</li> </ul>

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 6:</b> \$11 por receta (suministro para 30 días al <i>Costo compartido estándar</i>)</li>   <li>\$11 por receta (suministro para 30 días al <i>Costo compartido preferido</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 6:</b> No aplica</li> </ul>



## **Notificación anual de cambios para 2018**

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2018 .....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios a los beneficios y costos para el próximo año.....</b>	<b>7</b>
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual .....	7
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo .....	8
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	8
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	9
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	10
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	11
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos .....</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 3 Decisión sobre qué plan elegir.....</b>	<b>16</b>
Sección 3.1 – Si desea permanecer en VillageHealth.....	16
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan .....	16
<b>SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan .....</b>	<b>17</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....</b>	<b>18</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....</b>	<b>18</b>
<b>SECCIÓN 7 Preguntas.....</b>	<b>19</b>
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de VillageHealth .....	19
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	20

## SECCIÓN 1 Cambios a los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.	\$36.30	\$35.50

- Si en el futuro se inscribe en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, su prima mensual del plan será mayor si debe pagar una multa por inscripción tardía de 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 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Para 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 paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos y los deducibles) son tenidos en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan y sus costos por los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	<b>Dentro y fuera de la red</b> \$6,700	<b>Dentro y fuera de la red</b> \$6,700 Una vez que haya pagado de su bolsillo por los servicios cubiertos de \$6,700 de la Parte A y la Parte B, usted no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

## Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web [www.villagehealthca.com](http://www.villagehealthca.com) se encuentra disponible un Directorio de proveedores y farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para 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 2018 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.

- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto 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

---

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. 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.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web [www.villagehealthca.com](http://www.villagehealthca.com) se encuentra disponible un Directorio de proveedores y farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para 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 2018 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

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

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos por estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* de su *Evidencia de cobertura de 2018*.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Atención de emergencia</b>	<b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga 20% del costo total (hasta un máximo de \$75) por cada consulta.	<b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga 20% del costo total (hasta un máximo de \$80) por cada consulta.
<b>Servicios de audición (de rutina/no cubiertos por Medicare) y audífonos</b>	<u>No</u> se cubren los servicios de audición de rutina ni los audífonos.	<b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por 1 examen auditivo de rutina por año.  Usted paga un copago de \$0 por hasta 3 evaluaciones/colocaciones de audífonos durante los doce meses posteriores a la compra de un audífono a un proveedor contratado.  Usted tiene cobertura para hasta 2 audífonos por año.
<b>Consultas a especialistas</b>	<b>Fuera de la red</b> Usted paga 20% del costo total por cada consulta fuera de la red.	<b>Fuera de la red</b> Usted paga un copago de \$0 por cada consulta de nefrología fuera de la red.  Usted paga el 20% del costo total por todas las demás consultas a especialistas fuera de la red.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Atención de la vista (anteojos de rutina/no cubiertos por Medicare)</b>	<b>Dentro de la red</b> El plan cubre hasta \$175 para monturas estándares o lentes de contacto cada 2 años.	<b>Dentro de la red</b> El plan cubre hasta \$240 para monturas estándares o lentes de contacto cada 2 años.

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

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. En nuestro sitio web [www.villagehealthca.com](http://www.villagehealthca.com) se encuentra disponible una Lista de medicamentos actualizada. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener una Lista de medicamentos actualizada, o bien puede pedirnos que se la enviemos por correo.

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

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento.
  - Para conocer 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 a Servicios para 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 miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir **un único** 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 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 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.

En la mayoría de los casos, si el plan aprobó una excepción al formulario para cubrir su medicamento actual, este medicamento seguirá estando cubierto el próximo año.

### **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”), **la información sobre costos para los medicamentos con receta de la Parte D puede no ser aplicable a usted.** 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 no recibió este inserto antes del 30 de septiembre de 2017, llame a Servicios para Miembros y solicite la “LIS Rider”. En la Sección 7.1 de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para Miembros.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. Cuánto paga por un medicamento de la Parte D depende en qué etapa de pago de los medicamentos se encuentra. (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 acerca de los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* que se adjunta.

## Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de los medicamentos del Nivel 2: Medicamentos genéricos, Nivel 3: Medicamentos de marca, Nivel 4: Medicamentos no preferidos, y Nivel 5: Medicamentos especializados hasta alcanzar el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$400.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0 por los medicamentos del Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos en farmacias preferidas, un costo compartido de \$3.50 para medicamentos del Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos en farmacias estándares, y el costo total de medicamentos del Nivel 2: Medicamentos genéricos, Nivel 3: Medicamentos de marca, Nivel 4: Medicamentos no preferidos, Nivel 5: Medicamentos especializados y Nivel 6: Medicamentos selectos hasta alcanzar el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$405.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0 por los medicamentos del Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos en farmacias preferidas, un costo compartido de \$2 para medicamentos del Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos en farmacias estándares, y el costo total de medicamentos del Nivel 2: Medicamentos genéricos, Nivel 3: Medicamentos de marca, Nivel 4: Medicamentos no preferidos, y Nivel 5: Medicamentos especializados hasta alcanzar el deducible anual.</p>



## Cambios a sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para obtener información sobre cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos* de su *Evidencia de cobertura*.

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial.</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos <b>y usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos por un suministro a largo plazo o por los medicamentos con receta pedidos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo para un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga \$3.50 por receta.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga \$0 por receta.</p> <p><b>Nivel 2: Medicamentos genéricos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga 25% del costo total.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga 25% del costo total.</p> <p><b>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos.</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga 25% del costo total.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga 25% del costo total.</p> <p><b>Nivel 4: Medicamentos no preferidos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga 25% del costo total.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga 25% del costo total.</p>	<p>Su costo para un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga \$2 por receta.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga \$0 por receta.</p> <p><b>Nivel 2: Medicamentos genéricos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga 25% del costo total.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga 25% del costo total.</p> <p><b>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos.</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga 25% del costo total.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga 25% del costo total.</p> <p><b>Nivel 4: Medicamentos no preferidos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga 25% del costo total.  <i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga 25% del costo total.</p>

2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p><b>Nivel 5: Medicamentos especializados:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga 25% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga 25% del costo total.</p> <p><b>Nivel 6: Medicamentos selectos:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga \$11 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga \$11 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado \$3,700, usted pasará a la próxima etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>	<p><b>Nivel 5: Medicamentos especializados:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>            Usted paga 25% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i>            Usted paga 25% del costo total.</p> <p><b>Nivel 6:</b>            No aplica</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado \$3,750, usted pasará a la próxima etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>

### 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 alcanza la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para obtener información acerca de los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

La siguiente tabla compara los cambios administrativos para el próximo año:

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Actualizaciones sobre los niveles</b>	El Nivel 6 (Medicamentos selectos) está disponible.	A partir del 1/1/2018, los medicamentos que en 2017 se encontraban en el Nivel 6 estarán disponibles en el Nivel 3. Consulte la Sección 1.6 de este folleto para obtener información sobre los cambios en la cobertura de los medicamentos a partir de 2018.
<b>Transporte (de rutina)</b>	No tiene límite de millas por cada viaje de ida o vuelta.	Tiene un límite de 75 millas por cada viaje de ida o vuelta.

## SECCIÓN 3 Decisión sobre qué plan elegir

### Sección 3.1 – Si desea permanecer en VillageHealth

**Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada.** Si no se registra para un plan diferente ni se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2018.

### Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2018, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

#### Paso 1: conozca y compare sus opciones

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

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare & You 2018 (Medicare y Usted 2018)*, llame a su Programa de asistencia estatal sobre seguro médico (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el 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 medicamentos). **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

## Paso 2: cambie su cobertura

- Para cambiarse a un **plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente se le dará de baja de VillageHealth.
- Para cambiarse a **Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente se le dará de baja de VillageHealth.
- 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, póngase en contacto con Servicios para Miembros (en la Sección 7.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono).
  - *O bien*, comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que le den de baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, podrá hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2018.

### ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2018 y no está satisfecho con su opción de plan, puede cambiar a Original Medicare desde el 1 de enero hasta el 14 de febrero de 2018. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa de Asistencia Estatal sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se denomina Programa de defensa y asesoramiento sobre seguro médico (HICAP).

El HICAP 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 seguro médico, a nivel local y en **forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de defensa y asesoramiento sobre seguro médico (HICAP) pueden ayudarlo con sus preguntas y problemas de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al HICAP al 1-800-434-0222. Puede obtener más información sobre el Programa de defensa y asesoramiento sobre seguro médico (HICAP) ingresando en nuestro sitio web (<http://www.cahealthadvocates.org/HICAP>).

## SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. 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 a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles 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.
  - La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, entre las 7:00 a.m. y las 7:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
  - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa estatal de asistencia de medicamentos de su estado.** California tiene un programa denominado Programa para personas con discapacidades genéticas (GHPP) que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa de asistencia estatal sobre seguro médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización están en la Sección 5 de este folleto).

- **Asistencia de costos compartidos para recetas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA accedan a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. 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 están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos a través de la Oficina del SIDA del Departamento de Salud Pública de California, MS 7700, P.O. Box 997426, Sacramento, CA 95899-7426. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-916-449-5900.

## SECCIÓN 7 Preguntas

### Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de VillageHealth

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226. (Los usuarios de TTY únicamente deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes. Los mensajes que se reciban los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura de 2018* (contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)**

Esta *Notificación anual de cambios* describe brevemente los cambios a sus beneficios y costos para el 2018. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2018* para VillageHealth. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. En este sobre se incluye una copia de la *Evidencia de cobertura*.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [www.villagehealthca.com](http://www.villagehealthca.com). Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores y farmacias) y sobre nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos).

---

## **Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare**

---

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 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>). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el 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 2018 (Medicare y Usted 2018)***

Usted puede leer el manual *Medicare & You 2018 (Medicare y Usted 2018)*. 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.