

HMO Basic Rx (Medicare Advantage HMO) *ofrecido por Tufts Health Plan Medicare Preferred*

Notificación anual de modificaciones para 2018

Usted actualmente está inscrito como miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx. El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este manual le informa sobre los cambios.*

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

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios son aplicables en su caso

- Verifique si las modificaciones en los beneficios y los costos lo afectan.
 - Es importante que revise su cobertura en este momento para asegurarse de que sus necesidades el año próximo estarán satisfechas.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1 y 2 para obtener información sobre las modificaciones en los beneficios y los costos de nuestro plan.
- Verifique si las modificaciones en la cobertura de medicamentos recetados lo afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con un nivel distinto de participación en los costos?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como obtener la autorización de nuestro plan antes de adquirir los medicamentos?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en los costos para usar esta farmacia?
 - Revise la lista de medicamentos 2018 en la Sección 1.6 para obtener información sobre las modificaciones en nuestra cobertura de medicamentos.
- Verifique que sus médicos y demás proveedores estarán en nuestra red el año próximo.
 - ¿Están sus médicos en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales y demás proveedores que utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para tener más información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- Piense en sus costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto deberá pagar de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que utiliza de manera periódica?
 - ¿Cuánto gastará en la prima y los deducibles?

- ¿Cuáles son los costos totales del plan en comparación con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

Verifique la cobertura y los costos de los planes de su área.

- Utilice la función personalizada de búsqueda en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare: <https://www.medicare.gov>. Seleccione “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).
- Revise la lista en la contratapa de su manual *Medicare y usted*.
- Para tener más información sobre sus opciones, consulte la Sección 3.2.

Una vez que haya elegido el plan que más le convenga, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan

- Si desea **conservar** el plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, no es necesario que haga nada. Permanecerá en el plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx.
- Si desea cambiarse a un **plan diferente** que se adapte mejor a sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2017.

- Si no **cambia de plan antes del 7 de diciembre de 2017**, permanecerá en Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx.
- Si **cambia de plan antes del 7 de diciembre**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2018.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.
- Para obtener más información, comuníquese con nuestro número de Servicios al cliente al 1-800-701-9000. (Los usuarios con problemas auditivos [TTY] deben llamar al 1-800-208-9562). El horario es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.)
- Esta información está disponible en diferentes formatos, incluso impreso en letras grandes.
- **La cobertura de este plan califica como cobertura esencial mínima (MEC)** y cumple con los requisitos de responsabilidad individual y compartida de la ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx

- Tufts Health Plan es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Tufts Health Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este manual dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Tufts Health Plan Medicare Preferred. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx.

Resumen de costos importantes para 2018

El cuadro que aparece a continuación compara los costos de 2017 y 2018 para Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este documento es solo un resumen de las modificaciones. Es importante que lea toda la *Notificación anual de modificaciones* y que revise la *Evidencia de Cobertura* adjunta para ver si se verá afectado por otras modificaciones en los beneficios o los costos.**

Costo	2017 (este año)	2018 (año próximo)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$59.00	\$66.00
Monto máximo de bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> de bolsillo que usted pagará por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	\$3,400	\$3,400
Visitas al consultorio médico	Visitas de atención primaria: \$10 por visita Visitas a especialistas: \$30 por visita	Visitas de atención primaria: \$10 por visita Visitas a especialista: \$40 por visita
Internaciones Incluye atención de internación de pacientes agudos, internación de rehabilitación, hospitales de cuidados de largo plazo y otros tipos de servicios durante internación. La atención de internación comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital por orden de un médico. El día antes de ser dado de alta es el último día de hospitalización.	Usted paga \$275 por día los primeros 5 días y \$0 después del día 5 por servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital general de agudos, psiquiátrico, de rehabilitación o de cuidados de largo plazo para agudos.	Usted paga \$275 por día los primeros 5 días y \$0 después del día 5 por servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital general de agudos, psiquiátrico, de rehabilitación o de cuidados de largo plazo para agudos.

Costo	2017 (este año)	2018 (año próximo)
Cobertura de medicamentos recetados de la parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).	Deducible: Usted paga los primeros \$300 del costo total de los medicamentos recetados de Nivel 3, Nivel 4 o Nivel 5.	Deducible: Usted paga los primeros \$350 del costo total de los medicamentos recetados del Nivel 3, Nivel 4 o Nivel 5.
	Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:	Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:
	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> \$4 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de 30 días. \$8 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de hasta 60 días. \$12 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de hasta 90 días. \$4 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de 30 días. \$8 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de hasta 60 días. \$8 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de hasta 90 días. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> \$4 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de 30 días. \$8 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de hasta 60 días. \$12 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de hasta 90 días. \$4 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de 30 días. \$8 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de hasta 60 días. \$8 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de hasta 90 días.
	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 2 de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> \$8 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de 30 días. \$16 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de hasta 60 días. \$24 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de hasta 90 días. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 2 de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> \$8 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de 30 días. \$16 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de hasta 60 días. \$24 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de hasta 90 días.

Costo	2017 (este año)	2018 (año próximo)
	\$8 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de 30 días.	\$8 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de 30 días.
	\$16 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de hasta 60 días.	\$16 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de hasta 60 días.
	\$16 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de hasta 90 días.	\$16 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de hasta 90 días.
	• Nivel 3 de medicamentos:	• Nivel 3 de medicamentos:
	\$47 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de 30 días.	\$47 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de 30 días.
	\$94 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de hasta 60 días.	\$94 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de hasta 60 días.
	\$141 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de hasta 90 días.	\$141 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de hasta 90 días.
	\$47 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de 30 días.	\$47 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de 30 días.
	\$94 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de hasta 60 días.	\$94 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de hasta 60 días.
	\$94 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de hasta 90 días.	\$94 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de hasta 90 días.
	• Nivel 4 de medicamentos:	• Nivel 4 de medicamentos:
	\$100 por medicamento en una farmacia minorista o de pedidos por correo para un suministro de 30 días.	\$100 por medicamento en una farmacia minorista o de pedidos por correo para un suministro de 30 días.
	\$200 por medicamento en una farmacia minorista o de pedidos por correo para un suministro de hasta 60 días.	\$200 por medicamento en una farmacia minorista o de pedidos por correo para un suministro de hasta 60 días.

Costo	2017 (este año)	2018 (año próximo)
<p>\$300 por medicamento en una farmacia minorista o de pedidos por correo para un suministro de hasta 90 días.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nivel 5 de medicamentos: 	<p>\$300 por medicamento en una farmacia minorista o de pedidos por correo para un suministro de hasta 90 días.</p>
<p>27 % por medicamento en una farmacia minorista o de pedidos por correo para un suministro de 30 días.</p>	<p>Los suministros de 60 y 90 días no están cubiertos para los medicamentos del Nivel 5.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nivel 5 de medicamentos:
<p>26 % por medicamento en una farmacia minorista o de pedidos por correo para un suministro de 30 días.</p>	<p>Los suministros de 60 y 90 días no están cubiertos para los medicamentos del Nivel 5.</p>	

Notificación anual de modificaciones para 2018

Índice

Resumen de costos importantes para 2018.....	3
SECCIÓN 1 Modificaciones en los beneficios y los costos para el año próximo...8	
Sección 1.1 – Modificaciones en la prima mensual.....	8
Sección 1.2 – Modificaciones en su monto máximo de bolsillo.....	8
Sección 1.3 – Modificaciones en la red de proveedores.....	9
Sección 1.4 – Modificaciones en la red de farmacias.....	9
Sección 1.5 – Modificaciones en los beneficios y los costos de los servicios médicos	10
Sección 1.6 – Modificaciones en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	11
SECCIÓN 2 Modificaciones administrativas	14
SECCIÓN 3 Cómo elegir un plan.....	15
Sección 3.1 – Si desea permanecer en Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx.....	15
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	15
SECCIÓN 4 Plazo para realizar el cambio de plan.....	16
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	17
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar sus medicamentos recetados	17
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	18
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx	18
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	18

SECCIÓN 1 Modificaciones en los beneficios y los costos para el año próximo

Sección 1.1 – Modificaciones en la prima mensual

Costo	2017 (este año)	2018 (año próximo)
Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$59.00	\$66.00
Beneficio complementario opcional: Opción Delta Dental	\$54	\$54

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía a la parte D por haber estado sin otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada "cobertura acreditable") durante 63 días o más si en el futuro se inscribe en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Si sus ingresos son más altos, quizá tenga que pagar todos los meses un monto adicional directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si está recibiendo “Extra Help” para pagar los costos de sus medicamentos recetados.

Sección 1.2 – Modificaciones en su monto máximo de bolsillo

A fin de protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud establezcan un límite en el monto que usted paga “de bolsillo” durante el año. Este límite se llama “monto máximo de bolsillo”. Una vez que usted 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 (año próximo)
Monto máximo de bolsillo Lo que usted paga por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para su monto máximo de bolsillo. Su prima del plan y los costos de sus medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de bolsillo.	\$3,400	\$3,400 Una vez que haya pagado \$3,400 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Modificaciones en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web, tuftsmedicarepreferred.org, encontrará un directorio de proveedores actualizado. También puede llamar a Servicios al cliente para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitar que le enviemos un Directorio de proveedores por correo. **Consulte nuestro Directorio de proveedores de 2018 para ver si sus proveedores (de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

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

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para notificarle con al menos 30 días de antelación que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe gestionando sus necesidades de atención de la salud.
- Si está bajo tratamiento médico, tiene el derecho de solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros colaboraremos para garantizar esto.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o cree que su atención no está siendo gestionada de manera correcta, tiene el derecho de apelar nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista va a dejar el plan, comuníquese con nosotros para que lo ayudemos a encontrar un nuevo proveedor y a gestionar su atención.

Sección 1.4 – Modificaciones en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden variar según la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solamente* si se adquieren en una de nuestras farmacias de la red.

Para el próximo año, hay modificaciones en nuestra red de farmacias. En nuestro sitio web, tuftsmedicarepreferred.org, encontrará un directorio de proveedores actualizado. También puede llamar a Servicios al cliente para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitar que le enviemos un Directorio de proveedores por correo. **Revise el Directorio de proveedores de 2018 para saber qué farmacias están en nuestra red.**

Sección 1.5 – Modificaciones en los beneficios y los costos de los servicios médicos

Estamos cambiando la cobertura de determinados servicios médicos para el año próximo. La siguiente información describe dichos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*, de la *Evidencia de cobertura 2018*.

Costo	2017 (este año)	2018 (año próximo)
Servicios odontológicos (cubiertos por Medicare) Consulte la Cláusula de opción Delta Dental en su <i>Evidencia de cobertura (EOC)</i> para 2018.	Usted paga \$30 por cada visita al consultorio cubierta por Medicare.	Usted paga \$40 por cada visita al consultorio cubierta por Medicare.
Atención médica de emergencia	Usted paga \$75 por cada visita a una sala de emergencias cubierta por Medicare.	Usted paga \$100 por cada visita a una sala de emergencias cubierta por Medicare.
Servicios de audición	Usted paga \$30 por un examen de audición cubierto por Medicare. Usted paga \$30 por un examen de audición de rutina anual.	Usted paga \$40 por un examen de audición cubierto por Medicare. Usted paga \$40 por un examen de audición de rutina anual.
Atención ambulatoria de salud mental	Usted paga \$30 por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios ambulatorios de salud mental cubiertos por Medicare.	Usted paga \$40 por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios ambulatorios de salud mental cubiertos por Medicare.
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias	Usted paga \$30 por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios ambulatorios por abuso de sustancias cubiertos por Medicare.	Usted paga \$40 por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios ambulatorios por abuso de sustancias cubiertos por Medicare.
Servicios médicos/profesionales, incluidas visitas al consultorio médico	Usted paga \$10 por cada visita o consulta cubierta en un centro ambulatorio con su PCP u otro médico de atención primaria. Usted paga \$30 por cada visita o consulta cubierta en un centro ambulatorio con un especialista.	Usted paga \$10 por cada visita o consulta cubierta en un centro ambulatorio con su PCP u otro médico de atención primaria. Usted paga \$40 por cada visita o consulta cubierta en un centro ambulatorio con un especialista.

Costo	2017 (este año)	2018 (año próximo)
Servicios de podología	Usted paga \$30 por cada visita cubierta por Medicare.	Usted paga \$40 por cada visita cubierta por Medicare.
Radioterapia	Usted paga \$0 por visitas de radioterapia y quimioterapia cubiertas por Medicare.	Usted paga \$60 por visitas de radioterapia y quimioterapia cubiertas por Medicare.
Servicios necesarios de urgencia Su plan incluye cobertura en todo el mundo para la atención necesaria de urgencia.	Usted paga \$10 por cada visita al consultorio de un médico de atención primaria cubierta por Medicare. Usted paga \$30 por cada visita al consultorio de otros proveedores para servicios necesarios de urgencia cubiertos por Medicare.	Usted paga \$10 por cada visita al consultorio de un médico de atención primaria cubierta por Medicare. Usted paga \$40 por cada visita al consultorio de otros proveedores para servicios necesarios de urgencia cubiertos por Medicare.
Atención oftalmológica	Usted paga \$30 por cada visita ambulatoria cubierta por Medicare para servicios de diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o afección ocular. Usted paga \$30 por un examen anual de retinopatía diabética. Usted paga \$30 por un examen oftalmológico de rutina anual.	Usted paga \$40 por cada visita ambulatoria cubierta por Medicare para servicios de diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o afección ocular. Usted paga \$40 por un examen anual de retinopatía diabética. Usted paga \$40 por un examen oftalmológico de rutina anual.

Sección 1.6 – Modificaciones en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Modificaciones en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”.

Hemos realizado modificaciones en nuestra Lista de medicamentos, que incluyen cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a la cobertura que ofrecemos de ciertos medicamentos.

Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el año próximo y para saber si habrá alguna restricción.

Si lo afecta alguna modificación en la cobertura de medicamentos, usted puede:

- **Hablar con su médico (o la persona que le recete) y solicitar que el plan haga una excepción** para cubrir el medicamento.
 - Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a Servicios al cliente.
- **Hablar con su médico (o la persona que le recete) para encontrar un medicamento diferente** que el plan cubra. Puede llamar a Servicios al cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica.

En algunos casos, se nos exige cubrir un suministro temporal **por única vez** de un medicamento fuera de formulario en los primeros 90 días del año del plan o en los primeros 90 días de la membresía para evitar un período sin cobertura en el tratamiento. (Consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo). Durante el tiempo en que se encuentre recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción en su caso y cubra su medicamento actual.

Si aprobamos su solicitud de excepción, normalmente la aprobación será válida hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre que su médico continúe recetándole el medicamento, y este continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.

Modificaciones en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si usted se encuentra en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Extra Help”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no es aplicable en su caso.** Hemos incluido un folleto aparte, denominado “Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben Extra Help para pagar medicamentos recetados” (también denominada “Cláusula de subsidio para ingresos bajos” o “Cláusula LIS”, que le informa sobre sus costos de medicamentos. Si usted recibe “Extra Help” y no recibió este folleto con el paquete, llame a Servicios al cliente y solicite la “Cláusula LIS”. Los números de teléfono de Servicios al cliente se encuentran en la Sección 7.1 de este manual.

Existen cuatro "etapas de pago de medicamentos". La cantidad que debe pagar por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago del medicamento en que se encuentre (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información presenta los cambios para el año próximo para las primeras dos etapas, la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: la Etapa de período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situación catastrófica. Para obtener información acerca de sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de cobertura* que se incluye.)

Cambios a la etapa de deducible

Etapa	2017 (este año)	2018 (año próximo)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 o Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	El deducible es \$300.	<p>El deducible es \$350.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$4 de costo compartido por un suministro de 30 días de medicamentos de Nivel 1 y \$8 de costo compartido por un suministro de 30 días de medicamentos de Nivel 2, y el costo total de los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios a su participación en los costos durante la Etapa de cobertura inicial

Para obtener más información sobre cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de bolsillo que quizás deba pagar por medicamentos cubiertos* de su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2017 (este año)	2018 (año próximo)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial 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 la suya.</p> <p>Los costos en esta fila corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando adquiere su medicamento en una farmacia de la red que proporciona una participación en los costos estándar. Para obtener información acerca de los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con participación en los costos estándar:</p> <p>Nivel 1: Paga \$4 por medicamento.</p> <p>Nivel 2: Paga \$8 por medicamento.</p> <p>Nivel 3: Paga \$47 por medicamento.</p> <p>Nivel 4: Paga \$100 por medicamento.</p> <p>Nivel 5: Usted paga el 27 % del costo total.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con participación en los costos estándar:</p> <p>Nivel 1: Paga \$4 por medicamento.</p> <p>Nivel 2: Paga \$8 por medicamento.</p> <p>Nivel 3: Paga \$47 por medicamento.</p> <p>Nivel 4: Paga \$100 por medicamento.</p> <p>Nivel 5: Usted paga el 26 % del costo total.</p>

medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.

Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado \$3,700, pasará a la siguiente etapa (Etapa de período sin cobertura).

Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado \$3,750, pasará a la siguiente etapa (Etapa de período sin cobertura).

Cambios en las Etapas de período sin cobertura y Cobertura en situación catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situación catastrófica, son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría los miembros no llegan a la Etapa de período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situación catastrófica.** Para obtener información acerca de sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Modificaciones administrativas

Costo	2017 (este año)	2018 (año próximo)
Servicios de ambulancia que no son de emergencia	No se necesita autorización previa.	Puede requerirse autorización previa.
Servicios hospitalarios ambulatorios	No se necesita autorización previa.	Puede requerirse autorización previa.
	Se requiere una derivación de su PCP.	Se requiere una derivación de su PCP.
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.	No se necesita autorización previa.	Puede requerirse autorización previa.
	Se requiere una derivación de su PCP.	Se requiere una derivación de su PCP.

Costo	2017 (este año)	2018 (año próximo)
Estudios de diagnóstico, radiografías y análisis de laboratorio ambulatorios	Si usted recibe servicios del mismo proveedor durante una visita al consultorio, se aplicará únicamente el copago por visita al consultorio.	Si usted recibe servicios del mismo proveedor durante una visita al consultorio, se aplicará un copago por estudio de diagnóstico, radiografía o análisis de laboratorio además del copago por visita al consultorio. Usted pagará un solo copago por estudio de diagnóstico, radiografía o análisis de laboratorio por día por proveedor.
Solicitudes de excepción de nivel	Usted puede solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de participación en los costos para los medicamentos en los Niveles 2, 3 y 4 para que usted pueda pagar menos por ellos.	Usted puede solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de participación en los costos para los medicamentos en el Nivel 4 para que usted pueda pagar menos por ellos. Las solicitudes de excepción solo pueden presentarse para el Nivel 4.

SECCIÓN 3 Cómo elegir un plan

Sección 3.1 – Si desea permanecer en Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx

Para permanecer en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se ha inscrito en otro plan ni ha cambiado a Original Medicare antes del 7 de diciembre, seguirá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para 2018.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos conservarlo como miembro el año próximo, pero si usted desea cambiar de plan para 2018, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

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

Para saber más sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes Medicare, lea *Medicare y usted 2018*, llame al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Puede encontrar información sobre los planes de su área usando el Buscador de planes Medicare del 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 calidad para comparar los planes de Medicare.**

Le recordamos que Tufts Health Plan Medicare Preferred ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de participación en los costos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a **otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente se le dará de baja de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se le dará de baja de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**:
 - Envíenos una solicitud por escrito para darle de baja. Comuníquese con Servicios al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 de este manual).
 - – *O* – comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y pida que le den de baja. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para realizar el cambio de plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Original Medicare para el año próximo, puede hacerlo desde **el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio tendrá vigencia a partir del 1 de enero de 2018.

¿Es posible realizar cambios en otros momentos del año?

En ciertos casos, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, se les permite realizar cambios en otros momentos del año a las personas que tienen Medicaid, a quienes reciben Extra Help para el pago de sus medicamentos, a quienes dejan o están dejando la cobertura de su empleador y a quienes se mudan del área de servicio. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2018, y no quiere el plan que tiene, puede cambiarse a Original Medicare entre el 1 de enero y el 14 de febrero de 2018. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Massachusetts, el programa SHIP se llama SHINE (Al servicio de las necesidades de seguro de salud para todos).

El programa SHINE es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare. Los asesores de SHINE pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a entender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar a SHINE al 1-800-243-4636 (1-800-AGE-INFO)

(TTY: 1-800-872-0166). Puede obtener más información sobre SHINE visitando su sitio web (www.mass.gov/elders/healthcare/shine/serving-the-health-information-needs-of-elders.html).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar sus medicamentos recetados

Es posible que usted reúna los requisitos para recibir ayuda para el pago de sus medicamentos recetados. A continuación, indicamos diferentes tipos de ayuda:

- **“Extra Help” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Extra Help” para pagar sus costos de medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más del costo de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán período sin cobertura ni multa por inscripción tardía. Muchas personas cumplen con los requisitos y ni siquiera lo saben. Para averiguar si reúne los requisitos, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con dificultades auditivas (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día, 7 días a la semana.
 - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios con dificultades auditivas (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Massachusetts tiene un programa llamado Prescription Advantage que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte el Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud de su estado (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 5 de este manual).
- **Asistencia para pagar la participación en los costos de los medicamentos recetados para las personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas con VIH/SIDA elegibles para ADAP tengan acceso a medicamentos

esenciales para tratar el VIH. Las personas deben cumplir ciertos criterios, como comprobar su residencia en el estado y condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y una condición de seguro deficiente o nulo. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que están cubiertos también por ADAP califican para obtener la asistencia para pagar la participación en los costos de medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia de medicamentos para VIH de Massachusetts (HDAP). Para obtener más información sobre el criterio de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-228-2714.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios al cliente al 1-800-701-9000. (Solo usuarios de TTY, al 1-800-208-9562). Los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Esta *Notificación anual de modificaciones* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2018. Para obtener información detallada, consulte la *Evidencia de cobertura* 2018 de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que tiene que seguir para obtener la cobertura de servicios y medicamentos recetados. En este sobre incluimos un ejemplar de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad que lo ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare. Puede

encontrar información sobre los planes disponibles en su área usando el Buscador de planes Medicare del sitio web de Medicare. (Para consultar la información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).

Lea *Medicare y usted 2018*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2018*. Este libro se envía por correo anualmente, en otoño, a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, además de respuestas a preguntas frecuentes sobre Medicare. Si no tiene un ejemplar de este manual, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.