

Tufts Health Plan Senior Care Options (HMO SNP) ofrecido por Tufts Health Plan

Notificación anual de modificaciones para 2018

Usted se encuentra inscripto actualmente como miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options. El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este manual le informa sobre los cambios.*

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.
 - Puede usar 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 Health Plan Senior Care Options, no es necesario que haga nada. Permanecerá en el plan Tufts Health Plan Senior Care Options.
- Si desea cambiarse a un **plan diferente** que se adapte mejor a sus necesidades, puede hacerlo en cualquier momento. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Para tener más información sobre sus opciones, consulte la Sección 3.2 en la página 13.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.
- Para obtener más información, comuníquese con nuestro número de Servicios al cliente al 1-855-670-5934. (Los usuarios con problemas auditivos [TTY] deben llamar al 1-855-670-5936). El horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (Del 1 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.).
- Esta información está disponible en diferentes formatos, incluso impreso en letras grandes.
- **La cobertura provista por este plan califica como cobertura esencial mínima (MEC, por sus siglas en inglés)** y cumple con los requisitos de responsabilidad individual y compartida de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act o ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de Tufts Health Plan Senior Care Options

- Tufts Health Plan Senior Care Options es un plan HMO-SNP con un contrato con Medicare y un contrato con el programa MassHealth (Medicaid) de la Commonwealth of Massachusetts. La inscripción en Tufts Health Plan Senior Care Options depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un contrato escrito con el programa Medicaid de Massachusetts para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Tufts Health Plan Senior Care Options es un programa voluntario de MassHealth (Medicaid) en asociación con la Oficina Ejecutiva del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Executive Office of Health and Human Services, [EOHHS]) y los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
- Cuando este manual dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Tufts Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan” significa Tufts Health Plan Senior Care Options.

Resumen de costos importantes para 2018

El cuadro que aparece a continuación compara los costos de 2017 y de 2018 para Tufts Health Plan Senior Care Options 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.	\$0	\$0
Visitas al consultorio médico	Visitas de atención primaria: \$0 por visita. Visitas a especialistas: \$0 por visita.	Visitas de atención primaria: \$0 por visita. Visitas a especialistas: \$0 por visita.
Internaciones Incluye atención de internación de paciente 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.	Paga \$0 por los servicios cubiertos.	Paga \$0 por los servicios cubiertos.

Costo	2017 (este año)	2018 (año próximo)
<p>Cobertura de medicamentos recetados 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"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 por medicamento en una farmacia minorista o de pedido por correo para un suministro de 30, 60 o 90 días. • Nivel 2 de medicamentos: \$0 por medicamento en una farmacia minorista o de pedido por correo para un suministro de 30, 60 o 90 días. • Nivel 3 de medicamentos: \$0 por medicamento en una farmacia minorista o de pedido por correo para un suministro de 30, 60 o 90 días. • Nivel 4 de medicamentos: \$0 por medicamento en una farmacia minorista o de pedido por correo para un suministro de 30, 60 o 90 días. • Nivel 5 de medicamentos: \$0 por medicamento en una farmacia minorista o de pedido por correo para un suministro de 30 días. • Los suministros de 60 y 90 días no están cubiertos para medicamentos del Nivel 5. 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 por medicamento en una farmacia minorista o de pedido por correo para un suministro de 30, 60 o 90 días. • Nivel 2 de medicamentos: \$0 por medicamento en una farmacia minorista o de pedido por correo para un suministro de 30, 60 o 90 días. • Nivel 3 de medicamentos: \$0 por medicamento en una farmacia minorista o de pedido por correo para un suministro de 30, 60 o 90 días. • Nivel 4 de medicamentos: \$0 por medicamento en una farmacia minorista o de pedido por correo para un suministro de 30, 60 o 90 días. • Nivel 5 de medicamentos: \$0 por medicamento en una farmacia minorista o de pedido por correo para un suministro de 30 días. • Los suministros de 60 y 90 días no están cubiertos para medicamentos del Nivel 5.

Costo	2017 (este año)	2018 (año próximo)
<p>Monto máximo de bolsillo</p> <p>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).</p>	<p>\$3,400</p> <p>No será responsable de pagar monto alguno de su bolsillo contabilizable para el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$3,400</p> <p>No será responsable de pagar monto alguno de su bolsillo contabilizable para el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</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	7
Sección 1.1 – Modificaciones en la prima mensual.....	7
Sección 1.2 – Modificaciones en su monto máximo de bolsillo.....	7
Sección 1.3 – Modificaciones en la red de proveedores.....	8
Sección 1.4 – Modificaciones en la red de farmacias.....	8
Sección 1.5 – Modificaciones en los beneficios y los costos de los servicios médicos	9
Sección 1.6 – Modificaciones en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	10
SECCIÓN 2 Modificaciones administrativas	12
SECCIÓN 3 Cómo elegir el plan	13
Sección 3.1 – Si decide permanecer en Tufts Health Plan Senior Care Options.....	13
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	13
SECCIÓN 4 Plazo para realizar el cambio de plan.....	14
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	14
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar sus medicamentos recetados...	15
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	15
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Tufts Health Plan Senior Care Options.....	15
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	16
Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid.....	16

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	\$0	\$0
(También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted).		

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	\$3,400	\$3,400
Ya que nuestros miembros también tienen asistencia de MassHealth Standard (Medicaid), muy pocos alcanzan este límite máximo de bolsillo.		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.
No será responsable de pagar monto alguno de su bolsillo contabilizable para el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.		
Lo que usted paga por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para su monto máximo de bolsillo. Como no paga una prima de plan o costos por los medicamentos recetados, estos montos no cuentan para su monto máximo de bolsillo.		

Sección 1.3 – Modificaciones en la red de proveedores

Para el año próximo, hay modificaciones en nuestra red de proveedores. En nuestro sitio web, thmp.org/sco, 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 el Directorio de proveedores para 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 por 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 depender de 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 algunas modificaciones en nuestra red de farmacias. En nuestro sitio web, thmp.org/sco, 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

Tenga en cuenta que la *Notificación anual de modificaciones* solo le indica los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

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 costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de Beneficios (qué está cubierto)*, en su *Evidencia de cobertura de 2018*. En este sobre incluimos un ejemplar de la *Evidencia de cobertura*.

Costo	2017 (este año)	2018 (año próximo)
Acupuntura	El plan le reembolsará hasta \$500 cada año calendario por los servicios que brinda un acupunturista autorizado.	Usted paga \$0 por un máximo de 20 visitas a un acupunturista autorizado por servicios de tratamiento del dolor. Se requiere una autorización previa a partir de las 20 visitas. No se requiere derivación.
Artículos de venta libre	Recibirá una asignación de \$38 cada tres meses para usar en los artículos de venta libre aprobados por Medicare, como suministros de primeros auxilios, cuidado dental, síntomas de resfriado y otros. Los siguientes artículos de venta libre están cubiertos a un costo de \$0 con una receta escrita y no se cuentan para su asignación de \$38 (descripta anteriormente): <ul style="list-style-type: none"> • Metilsulfonilmetano (MSM) • Glucosamina/Condroitina/MSM • Glucosamina/MSM • Condroitina/MSM • Omega 3/Aceite de pescado 	Recibirá una asignación de \$72 cada tres meses para usar en los artículos de venta libre aprobados por Medicare, como suministros de primeros auxilios, cuidado dental, síntomas de resfriado y otros. Los siguientes artículos de venta libre están cubiertos a un costo de \$0 con una receta escrita y no se cuentan para su asignación de \$72 (descripta anteriormente): <ul style="list-style-type: none"> • Metilsulfonilmetano (MSM) • Glucosamina/Condroitina/MSM • Glucosamina/MSM • Condroitina/MSM • Omega 3/Aceite de pescado • Coenzima Q10

Costo	2017 (este año)	2018 (año próximo)
Atención oftalmológica	<p>Si elige un proveedor de la red EyeMed Vision Care, se aplica el beneficio de \$150 por año calendario para marcos de lentes (el plan cubre el 100 % de los lentes recetados y lentes de contacto) en el momento del servicio, y usted paga la diferencia.</p> <p>El plan cubre el 100 % por lentes recetados y lentes de contacto.</p> <p>Si usa un proveedor que no es de la red, deberá pagarlo de su bolsillo y solicitar el reembolso, Se le reembolsará hasta \$90 por año calendario por marcos de lentes.</p>	<p>Si elige un proveedor de la red EyeMed Vision Care, se aplica el beneficio de \$300 por año calendario para marcos de lentes (marcos y lentes recetados) y lentes de contacto en el momento del servicio, y usted paga la diferencia.</p> <p>Si usa un proveedor que no es de la red, deberá pagarlo de su bolsillo y solicitar el reembolso. Se le reembolsará hasta \$180 por año calendario por lentes (marcos y lentes recetados) y lentes de contacto.</p>

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”. En este sobre incluimos un ejemplar de nuestra 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 (u otra persona que 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 8 de la *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 los primeros 90 días de membresía para evitar un período sin cobertura de 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

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 en que se encuentre.

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).

Cambios a la etapa de deducible

Etapa	2017 (este año)	2018 (año próximo)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Dado que nosotros no tenemos deducible, esta etapa de pago no es aplicable en su caso.	Dado que nosotros no tenemos deducible, esta etapa de pago no es aplicable en su caso.

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

Etapa	2017 (este año)	2018 (año próximo)
Etapa 2: 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.	Su costo por un suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con participación en los costos estándar:	Su costo por un suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con participación en los costos estándar:

<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.</p>	<p>Nivel 1: Paga \$0 por medicamento.</p>	<p>Nivel 1: Paga \$0 por medicamento.</p>
<p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Nivel 2: Paga \$0 por medicamento.</p>	<p>Nivel 2: Paga \$0 por medicamento.</p>
	<p>Nivel 3: Paga \$0 por medicamento.</p>	<p>Nivel 3: Paga \$0 por medicamento.</p>
	<p>Nivel 4: Paga \$0 por medicamento.</p>	<p>Nivel 4: Paga \$0 por medicamento.</p>
	<p>Nivel 5: Paga \$0 por medicamento.</p>	<p>Nivel 5: Paga \$0 por medicamento.</p>
	<p>Una vez que haya pagado de su bolsillo \$4,950 por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situación catastrófica).</p>	<p>Una vez que haya pagado de su bolsillo \$5,000 por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situación catastrófica).</p>

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

La Etapa de período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situación catastrófica son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a ninguna de estas etapas.**

SECCIÓN 2 Modificaciones administrativas

Costo	2017 (este año)	2018 (año próximo)
Servicios odontológicos	<p>Los siguientes procedimientos odontológicos requieren autorización previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coronas • Endodoncia • Gingivectomía o gingivoplastia • Curetaje periodontal y raspado radicular 	<p>Los siguientes procedimientos odontológicos requieren autorización previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantes <p>Los restantes servicios cubiertos por el plan no requieren autorización previa.</p>

Costo	2017 (este año)	2018 (año próximo)
	<ul style="list-style-type: none"> • Prótesis fijas • Implantes 	
Terapia de sustitución de opiáceos	Para recibir los servicios debe tener una derivación de su PCP.	No se requiere derivación de su PCP.
Servicios de ambulancia que no son de emergencia	No se requiere autorización previa.	Puede requerirse autorización previa.
Servicios hospitalarios ambulatorios	No se requiere autorización previa.	Puede requerirse autorización previa.
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria	No se requiere autorización previa.	Puede requerirse autorización previa.

SECCIÓN 3 Cómo elegir el plan

Sección 3.1 – Si decide permanecer en Tufts Health Plan Senior Care Options

Para permanecer en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se ha inscrito en otro plan o no ha cambiado a Original Medicare, permanecerá automáticamente inscrito 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 en cualquier momento.
- – *O* – puede cambiar a Original Medicare en cualquier momento.
- Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. 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 4), 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.**

Como recordatorio, Tufts Health Plan 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 Health Plan Senior Care Options.
- 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 Health Plan Senior Care Options.
- 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.

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

SECCIÓN 4 Plazo para realizar el cambio de plan

Dado que usted es elegible para Medicare y para MassHealth (Medicaid), puede cambiar su cobertura Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

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

Para obtener información sobre sus beneficios de MassHealth (Medicaid), puede llamar al programa Massachusetts MassHealth al 1-800-841-2900, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-497-4648. Solicite información sobre cómo inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura de MassHealth (Medicaid).

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.** Como tiene Medicaid, usted ya está inscrito en “Extra Help”, también llamado Subsidio por bajos ingresos. Extra Help paga algunas de las primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Como usted califica, no tiene período sin cobertura ni multa por inscripción tardía. Muchas personas cumplen con los requisitos y ni siquiera lo saben. Si tiene preguntas sobre Extra Help, 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 al 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).

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Tufts Health Plan Senior Care Options

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios al cliente al 1-855-670-5934 (usuarios de TTY únicamente al 1-855-670-5936). Recibimos llamados telefónicos 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* ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el 2018. Para obtener información detallada, consulte la *Evidencia de cobertura 2018* para Tufts Health Plan Senior Care Options. 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 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 thmp.org/sco. Como recordatorio, 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 al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 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" (Encontrar 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 libro, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de MassHealth Standard (Medicaid), puede llamar al programa Massachusetts MassHealth al 1-800-841-2900. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-497-4648.

