

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

## Notificación anual de modificaciones para 2019

Usted actualmente está inscripto como miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Saver 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 2019 en la Sección 1.6 para obtener información sobre las modificaciones en nuestra cobertura de medicamentos.
  - Es probable que el costo de los medicamentos haya aumentado desde el año pasado. Consulte con su médico sobre alternativas de menor costo que podrían estar disponibles para usted; esto le ahorrará costos del propio bolsillo durante todo el año. Para obtener más información sobre precios de medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos cuadros indican qué fabricantes han aumentado los precios y también muestran otra información sobre los precios de medicamentos de un año al otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán con exactitud cuánto podrán modificarse sus costos 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 Medicare Preferred HMO Saver Rx, no es necesario que haga nada. Permanecerá en el plan Tufts Medicare Preferred HMO Saver 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 2018

- Si no **cambia de plan antes del 7 de diciembre de 2018**, permanecerá en Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx.
- Si **cambia de plan antes del 7 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2019.

## 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 de TTY deben llamar al 711). El horario es de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, 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 de este plan califica como Cobertura médica calificada (QHC, 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 (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 Saver 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 Saver Rx.

## Resumen de costos importantes para 2019

El cuadro que aparece a continuación compara los costos de 2018 y 2019 para Tufts Medicare Preferred HMO Saver 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* que le enviamos por separado para verificar si se verá afectado por otras modificaciones en los beneficios o los costos.**

Costo	2018 (este año)	2019 (año próximo)
<p><b>Prima mensual del plan*</b></p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.</p>	\$0	\$0
<p><b>Monto máximo de bolsillo</b></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>	\$4,500	\$6,000
<p><b>Visitas al consultorio médico</b></p>	<p>Visitas de atención primaria: \$20 por visita</p> <p>Visitas a especialistas: \$45 por visita</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$10 por visita</p> <p>Visitas a especialista: \$45 por visita</p>
<p><b>Internaciones</b></p> <p>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.</p>	<p>Usted paga \$350 por día durante los primeros 5 días y \$0 después del día 5 por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital general de agudos, de rehabilitación o de cuidados de largo plazo.</p> <p>Usted paga \$315 por día durante los primeros 5 días y \$0 después del día 5 por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital psiquiátrico.</p>	<p>Usted paga \$350 por día durante los primeros 5 días y \$0 después del día 5 por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital general de agudos, de rehabilitación o de cuidados de largo plazo.</p> <p>Usted paga \$315 por día durante los primeros 5 días y \$0 después del día 5 por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital psiquiátrico.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (año próximo)
<b>Cobertura de medicamentos recetados de la parte D</b> (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).	Deducible: Usted paga los primeros \$400 del costo total de los medicamentos recetados de Nivel 3, Nivel 4 o Nivel 5.	Deducible: Usted paga los primeros \$400 del costo de los medicamentos recetados de 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"> <li>Nivel 1 de medicamentos:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 de medicamentos:</li> </ul>
	\$6 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de 30 días.	\$4 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de 30 días.
	\$12 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de hasta 60 días.	\$8 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de hasta 60 días.
	\$18 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de hasta 90 días.	\$12 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de hasta 90 días.
	\$6 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de 30 días.	\$4 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de 30 días.
	\$12 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 60 días.
	\$12 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de hasta 90 días.	\$8 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de hasta 90 días.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 de medicamentos:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 de medicamentos:</li> </ul>
	\$12 por medicamento en una farmacia minorista	\$8 por medicamento en una farmacia minorista

Costo	2018 (este año)	2019 (año próximo)
	para un suministro de 30 días.	para un suministro de 30 días.
	\$24 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de hasta 60 días.	\$16 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de hasta 60 días.
	\$36 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de hasta 90 días.	\$24 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de hasta 90 días.
	\$12 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.
	\$24 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.
	\$24 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.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 de medicamentos:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 de medicamentos:</li> </ul>
	\$47 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de 30 días.	\$45 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.	\$90 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.	\$135 por medicamento en una farmacia minorista para un suministro de hasta 90 días.

Costo	2018 (este año)	2019 (año próximo)
	<p>\$47 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de 30 días.</p>	<p>\$45 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de 30 días.</p>
	<p>\$94 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de hasta 60 días.</p>	<p>\$90 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de hasta 60 días.</p>
	<p>\$94 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de hasta 90 días.</p>	<p>\$90 por medicamento en una farmacia de pedidos por correo para un suministro de hasta 90 días.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 4 de medicamentos:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 4 de medicamentos:</li> </ul>
	<p>\$100 por medicamento en una farmacia minorista o de pedidos por correo para un suministro de 30 días.</p>	<p>\$100 por medicamento en una farmacia minorista o de pedidos por correo para un suministro de 30 días.</p>
	<p>\$200 por medicamento en una farmacia minorista o de pedidos por correo para un suministro de hasta 60 días.</p>	<p>\$200 por medicamento en una farmacia minorista o de pedidos por correo para un suministro de hasta 60 días.</p>
	<p>\$300 por medicamento en una farmacia minorista o de pedidos por correo para un suministro de hasta 90 días.</p>	<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"> <li>Nivel 5 de medicamentos:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 5 de medicamentos:</li> </ul>
	<p>25 % por medicamento en una farmacia minorista o de pedidos por correo para un suministro de 30 días.</p>	<p>25 % 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 medicamentos del</p>	<p>Los suministros de 60 y 90 días no están cubiertos para medicamentos del</p>

<b>Costo</b>	<b>2018 (este año)</b>	<b>2019 (año próximo)</b>
	nivel 5.	nivel 5.



## ***Notificación anual de modificaciones para 2019***

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2019 .....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Modificaciones en los beneficios y los costos para el año próximo.....</b>	<b>7</b>
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 .....	9
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 .....	12
<b>SECCIÓN 2 Modificaciones administrativas.....</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 3 Cómo elegir un plan.....</b>	<b>17</b>
Sección 3.1 – Si desea permanecer en Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx.....	17
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan .....	17
<b>SECCIÓN 4 Plazo para realizar el cambio de plan .....</b>	<b>18</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>18</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar sus medicamentos recetados.....</b>	<b>19</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?.....</b>	<b>20</b>
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx .....	20
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	20

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

### Sección 1.1 – Modificaciones en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (año próximo)
<b>Prima mensual</b> (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0
<b>Beneficio complementario opcional: Opción odontológica de Tufts Medicare Preferred</b>	\$54	\$54

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no contar con otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominado “cobertura acreditable”) por 63 días o más.
- 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	2018 (este año)	2019 (año próximo)
<b>Monto máximo de bolsillo</b>	\$4,500	\$6,000
Lo que usted paga por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para su monto máximo de bolsillo. Los costos de sus medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$6,000 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

Ha habido cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web, [thmp.org](http://thmp.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 2019 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, [thpmp.org](http://thpmp.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 2019 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 2019*.

Costo	2018 (este año)	2019 (año próximo)
<b>Servicios de ambulancia</b>	Usted paga <b>\$300</b> por día por los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.	Usted paga <b>\$325</b> por día por los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.
<b>Bonificación anual para odontología preventiva</b>	La bonificación anual para odontología preventiva <u>no</u> está cubierta.	<p>Usted recibe una bonificación de <b>\$150</b> por año para servicios de odontología preventiva.</p> <p>Servicios elegibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes orales</li> <li>• Limpiezas</li> <li>• Radiografías dentales</li> <li>• Tratamientos con flúor</li> </ul> <p>Para obtener este reembolso, debe presentar un formulario de reembolso para miembros junto con un comprobante de pago y cualquier otra información que se solicite en</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (año próximo)
		<p>el formulario.</p> <p>Usted paga todos los costos que superen la bonificación anual.</p>
<b>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</b>	Usted paga <b>\$10</b> por día por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.	Usted paga <b>\$20</b> por día por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.
<b>Radiología de diagnóstico, como tomografías computarizadas (CT), tomografías por emisión de positrones (PET), resonancias magnéticas (MRI) y ultrasonido.</b>	Usted paga <b>\$300</b> por día por servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare.	Usted paga <b>\$325</b> por día por servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare.
<b>Atención de emergencia</b>	Usted paga <b>\$80</b> por cada visita a una sala de emergencias cubierta por Medicare.	Usted paga <b>\$90</b> por cada visita a una sala de emergencias cubierta por Medicare.
<b>Audífonos</b>	Los audífonos <u>no</u> están cubiertos.	<p><b>Se cubrirán hasta 2 audífonos por año: un audífono por cada oído, a través de Hearing Care Solutions.</b></p> <p>Usted paga un copago por cada audífono, y el monto del copago depende del tipo de audífono que compre. Los audífonos cubiertos tienen:</p> <p>Un copago de \$250 por audífonos de nivel estándar</p> <p>Un copago de \$475 por audífonos de nivel superior</p> <p>Un copago de \$650 por</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (año próximo)
		<p>audífonos de nivel avanzado</p> <p>Un copago de \$850 por audífonos de nivel avanzado plus</p> <p>Se cubre una evaluación de los audífonos una vez por año. Usted paga \$0 y debe utilizar un proveedor de Hearing Care Solutions.</p>
<b>Servicios de laboratorio</b>	Usted paga <b>\$10</b> por día por los análisis de laboratorio cubiertos por Medicare.	Usted paga <b>\$20</b> por día por los análisis de laboratorio cubiertos por Medicare.
<b>Atención ambulatoria de salud mental</b>	Usted paga <b>\$40</b> por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios ambulatorios de salud mental cubiertos por Medicare.	Usted paga <b>\$25</b> por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios ambulatorios de salud mental cubiertos por Medicare.
<b>Atención ambulatoria por abuso de sustancias</b>	Usted paga <b>\$40</b> por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios ambulatorios por abuso de sustancias cubiertos por Medicare.	Usted paga <b>\$25</b> por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios ambulatorios por abuso de sustancias cubiertos por Medicare.
<b>Servicios médicos/ profesionales, incluidas visitas al consultorio médico</b>	<p>Usted paga <b>\$20</b> por cada visita o consulta cubierta en un centro ambulatorio con su PCP u otro médico de atención primaria.</p> <p>Usted paga \$45 por cada visita o consulta cubierta en un centro ambulatorio con un especialista.</p>	<p>Usted paga <b>\$10</b> por cada visita o consulta cubierta en un centro ambulatorio con su PCP u otro médico de atención primaria.</p> <p>Usted paga \$45 por cada visita o consulta cubierta en un centro ambulatorio con un especialista.</p>
<b>Servicios necesarios de</b>	Usted paga <b>\$20</b> por cada visita al consultorio de un médico de	Usted paga <b>\$10</b> por cada visita al consultorio de un médico de

Costo	2018 (este año)	2019 (año próximo)
<b>urgencia</b> <b>Su plan incluye cobertura internacional para la atención de urgencia</b>	atención primaria cubierta por Medicare.  Usted paga \$45 por cada visita al consultorio de otros proveedores por servicios necesarios de urgencia cubierta por Medicare.	atención primaria cubierta por Medicare.  Usted paga \$45 por cada visita al consultorio de otros proveedores por servicios necesarios de urgencia cubierta por Medicare.
<b>Radiografías</b>	Usted paga <b>\$10</b> por día por las radiografías cubiertas por Medicare.	Usted paga <b>\$20</b> por día por las radiografías cubiertas por Medicare.
<b>Atención oftalmológica</b>	Usted recibe una bonificación anual para artículos ópticos de rutina que podrá utilizar para comprar <b>un par de lentes comunes (marcos y lentes recetados)</b> o lentes de contacto cada año calendario.	Usted recibe una bonificación anual para artículos ópticos de rutina que podrá utilizar para comprar <b>un par de lentes comunes (una combinación de marcos y lentes recetados), lentes recetados, marcos</b> o lentes de contacto cada año calendario.

## 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”. Le proporcionaremos una copia de nuestra Lista de medicamentos en formato electrónico.

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 de medicamento temporal 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 en el tratamiento. Para 2019, los miembros que residan en centros de cuidados de largo plazo recibirán un suministro temporal por la misma cantidad de días que el suministro temporal provisto en todos los demás casos: un suministro de medicamentos de hasta 31 días en lugar de la cantidad provista en 2018 (un suministro de 91 a 98 días). (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.

La mayoría de las modificaciones a la Lista de medicamentos se aplican al principio de cada año. Sin embargo, durante el año, podremos hacer otros cambios que estén autorizados por las normas de Medicare.

A partir de 2019, podremos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos por un medicamento genérico nuevo de igual o menor nivel de participación en los costos, y con igual o menor cantidad de restricciones. Además, al agregar el medicamento genérico nuevo, podríamos mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero pasarlo inmediatamente a un nivel diferente de participación en los costos o agregar nuevas restricciones. Esto significa que si un medicamento de marca que usted toma es reemplazado por un medicamento genérico nuevo (o cambia el nivel o la restricción en el medicamento de marca), el plan ya no deberá notificárselo con 60 días de anticipación ni proporcionarle un suministro de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si usted está tomando el medicamento de marca, recibirá la notificación sobre el cambio específico que hagamos, pero puede llegarle después de realizado el cambio.

Además, a partir de 2019, antes de hacer otros cambios durante el año a nuestra Lista de medicamentos que deban notificarse con anticipación si usted está tomando un medicamento, le avisaremos con 30 días de anticipación en lugar de 60 días. O bien, le daremos un suministro de 30 días de su medicamento de marca, en lugar de 60 días, en una farmacia de la red.

Cuando realicemos esos cambios a la Lista de medicamentos durante el año, usted tendrá la posibilidad de conversarlo con su médico (u otro profesional que recete) y pedirnos que hagamos



una excepción para cubrir ese medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea, según lo programado, y le brindaremos toda la información necesaria para reflejar los cambios de medicamentos. (Si desea obtener más información sobre los cambios que realizamos a la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*).

### 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 le enviamos por separado.

### Cambios a la etapa de deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (año próximo)
<p><b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 o Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$400.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$6 de costo compartido por un suministro de 30 días de medicamentos de Nivel 1 y \$12 de costo compartido por un suministro de 30 días 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>	<p>El deducible es \$400.</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 30 días de medicamentos de Nivel 2, y el costo total de los medicamentos de Nivel 3, Nivel4 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	2018 (este año)	2019 (año próximo)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que paga el deducible anual, usted pasará a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga la suya.</b></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><b>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</b></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><b>Nivel 1:</b> Paga \$6 por medicamento.</p> <p><b>Nivel 2:</b> Paga \$12 por medicamento.</p> <p><b>Nivel 3:</b> Paga \$47 por medicamento.</p> <p><b>Nivel 4:</b> Paga \$100 por medicamento.</p> <p><b>Nivel 5:</b> Usted paga el 25 % del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado \$3,750, pasará a la siguiente etapa (Etapa de período sin cobertura).</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><b>Nivel 1:</b> Paga \$4 por medicamento.</p> <p><b>Nivel 2:</b> Paga \$8 por medicamento.</p> <p><b>Nivel 3:</b> Paga \$45 por medicamento.</p> <p><b>Nivel 4:</b> Paga \$100 por medicamento.</p> <p><b>Nivel 5:</b> Usted paga el 25 % del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado \$3,820, pasará a la siguiente etapa (Etapa de período sin cobertura).</p>

## 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 de 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	2018 (este año)	2019 (año próximo)
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	No se requiere autorización previa.	Puede requerirse autorización previa.
Radiología de diagnóstico, como tomografías computarizadas (CT), tomografías por emisión de positrones (PET), resonancias magnéticas (MRI) y ultrasonido	No se requiere autorización previa.	Puede requerirse autorización previa.
Atención de internación	No se requiere autorización previa.	Puede requerirse autorización previa.
Internación de rehabilitación	No se requiere autorización previa.	Puede requerirse autorización previa.
Servicios de laboratorio	No se requiere autorización previa.	Puede requerirse autorización previa.
Beneficio complementario opcional de odontología	El beneficio complementario opcional de odontología se llama <b>Opción Delta Dental</b> .	El beneficio complementario opcional de odontología se llama <b>Opción odontológica de Tufts Medicare Preferred</b> .
Radioterapia	No se requiere autorización previa.	Puede requerirse autorización previa.
Radiografías	No se requiere autorización previa.	Puede requerirse autorización previa.

## SECCIÓN 3 Cómo elegir un plan

### Sección 3.1 – Si desea permanecer en Tufts Medicare Preferred HMO Saver 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 2019.

### Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos conservarlo como miembro el año próximo, pero si usted desea cambiar de plan para 2019, 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 2019*, 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 Y planes de medicamentos recetados 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**, inscribese en el nuevo plan. Automáticamente se le dará de baja de Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se le dará de baja de Tufts Medicare Preferred HMO Saver 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 2019.

### ¿Es posible realizar cambios en otros momentos del año?

En ciertos casos, pueden permitirse cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, se les podría permitir 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 2019, y no quiere el plan que tiene, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. 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 información 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](http://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 Saver Rx

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios al cliente al 1-800-701-9000. (Usuarios de TTY únicamente, al 711). Los representantes están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 1 de octubre al 31 de marzo, 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* 2019 (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 2019. Para obtener información detallada, consulte la *Evidencia de cobertura* 2019 de Tufts Medicare Preferred HMO Saver 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. Usted recibirá por correo un ejemplar de la *Evidencia de cobertura*.

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

También puede visitar nuestro sitio web en [thmp.org](http://thmp.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 2019***

Puede leer el manual *Medicare y usted 2019*. 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.