

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

Notificación anual de modificaciones para 2020

Usted está inscrito actualmente como miembro del plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx. El próximo año, habrá algunos cambios a los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa sobre esos cambios.*

- **Tiene plazo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué debe hacer ahora:

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- ☐ Revise los cambios de nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ☐ ¿Los cambios afectan los servicios que usted usa?
 - ☐ Consulte en las Secciones 1 y 2 para encontrar información sobre los cambios de beneficios y costos de nuestro plan.
- ☐ Revise los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos de venta con receta para saber si lo afectan.
 - ☐ ¿Tendrán cobertura sus medicamentos?
 - ☐ ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente con costos compartidos diferentes?
 - ☐ ¿Tiene alguno de sus medicamentos nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de surtir su receta?
 - ☐ ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
 - ☐ Revise la Lista de medicamentos 2020 y vaya a la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - ☐ Es posible que los costos de sus medicamentos hayan subido desde el año pasado. Converse con su médico sobre alternativas de menor costo que pudiera haber disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos de bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos paneles de control destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otro tipo de información sobre los precios de los medicamentos en una comparación interanual.

Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus propios medicamentos.

- ☐ Fíjese si los médicos y otros proveedores que lo atienden estarán en nuestra red el próximo año.
 - ☐ ¿Están sus médicos, incluso los especialistas con los que se atiende regularmente, en nuestra red?
 - ☐ ¿Qué sucede con los hospitales u otros proveedores con los que se atiende?
 - ☐ Busque información sobre nuestro Directorio de proveedores en la Sección 1.3.
- ☐ Piense sobre sus costos generales de atención de salud.
 - ☐ ¿Cuánto gastará de su bolsillo para pagar los servicios y medicamentos de venta con receta que usa regularmente?
 - ☐ ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ☐ ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- ☐ Piense en si está satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Aprenda sobre otras opciones de planes

- ☐ Revise la cobertura y los costos de planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).
 - ☐ Revise la lista en la parte posterior de su manual Medicare & You (Medicare y usted).
 - ☐ Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- ☐ Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan

- Si desea **mantener** el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx, no debe hacer nada. Permanecerá en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx.
- Para cambiarse a un **plan diferente** que se acomode mejor a sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiarse de plan, afilíese a un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**.

- Si no se afilia a otro plan antes del **7 de diciembre de 2019**, permanecerá en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx.
- Si se afilia a otro plan antes del **7 de diciembre de 2019**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2020**.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español en forma gratuita.

- Comuníquese con nuestro departamento de Relaciones con el Cliente al 1-800-701-9000 para solicitar información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) El horario de atención es de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m., de lunes a viernes. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo).
- Esta información está disponible en diversos formatos, como en letra grande.
- **La cobertura de este plan reúne los requisitos de una cobertura médica calificada (QHC, Qualifying Health Coverage)** y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, Affordable Care Act). Consulte el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, Internal Revenue Service) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca del plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx

- Tufts Health Plan es un plan de Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO, Health Maintenance Organization) con un contrato con Medicare. La inscripción en Tufts Health Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto diga “nosotros”, “nos”, “nuestro”, “nuestra”, “nuestros” o “nuestras”, quiere decir Tufts Health Plan Medicare Preferred. Cuando diga “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx.

Resumen de costos importantes para 2020

La siguiente tabla compara los costos de 2019 con los de 2020 para el plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de las modificaciones.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web: thmp.org. También puede llamar a Relaciones con el Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
Prima mensual del plan * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. (Consulte la Sección 1.1 para obtener más información).	\$23	\$27
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Esta es la <u>cantidad máxima</u> que pagará por concepto de gastos de bolsillo por sus servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	\$3,400	\$3,400
Citas en el consultorio	Consultas al médico de atención primaria: \$10 por consulta Consultas a especialistas: \$40 por consulta	Consultas al médico de atención primaria: \$10 por consulta Consultas a especialistas: \$40 por consulta
Hospitalizaciones Incluye hospitalización para la atención de enfermedades agudas, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. La hospitalización comienza el día en que usted es ingresado formalmente al hospital con una orden del médico. El día antes de su alta es su último día de hospitalización.	Usted paga \$275 por día para los días 1 a 5 y \$0 después del día 5 por servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital general para la atención de enfermedades agudas, hospital para rehabilitación psiquiátrica u hospital para la atención de enfermedades agudas a largo plazo.	Usted paga \$275 por día para los días 1 a 5 y \$0 después del día 5 por servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital general para la atención de enfermedades agudas, hospital para rehabilitación psiquiátrica u hospital para la atención de enfermedades agudas a largo plazo.
Cobertura de medicamentos de venta con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más información).	Deducible: Usted paga los primeros \$350 del costo total de medicamentos de venta con receta en el Nivel 3, Nivel 4, o Nivel 5.	Deducible: Usted paga los primeros \$225 del costo total de medicamentos de venta con receta en el Nivel 3, Nivel 4, o Nivel 5.

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
	Copago o coseguro durante la etapa de cobertura inicial: • Nivel 1 de medicamentos: \$4 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días. \$8 por receta en una farmacia minorista por un suministro hasta para 60 días. \$12 por receta en una farmacia minorista por un suministro hasta para 90 días. \$4 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro para 30 días. \$8 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro hasta para 60 días. \$8 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro hasta para 90 días. • Nivel 2 de medicamentos: \$8 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días.	Copago o coseguro durante la etapa de cobertura inicial: • Nivel 1 de medicamentos: \$0 a \$14 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días. \$0 a \$28 por receta en una farmacia minorista por un suministro hasta para 60 días. \$0 a \$42 por receta en una farmacia minorista por un suministro hasta para 90 días. \$0 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro para 30 días. \$0 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro hasta para 60 días. \$0 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro hasta para 90 días. • Nivel 2 de medicamentos: \$4 a \$19 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días.

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
	\$16 por receta en una farmacia minorista por un suministro hasta para 60 días.	\$8 a \$38 por receta en una farmacia minorista por un suministro hasta para 60 días.
	\$24 por receta en una farmacia minorista por un suministro hasta para 90 días.	\$12 a \$57 por receta en una farmacia minorista por un suministro hasta para 90 días.
	\$8 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro para 30 días.	\$4 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro para 30 días.
	\$16 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro hasta para 60 días.	\$8 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro hasta para 60 días.
	\$16 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro hasta para 90 días.	\$8 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro hasta para 90 días.
	Nivel 3 de medicamentos:	Nivel 3 de medicamentos:
	\$45 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días.	\$47 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 30 días.
	\$90 por receta en una farmacia minorista por un suministro hasta para 60 días.	\$94 por receta en una farmacia minorista por un suministro hasta para 60 días.
	\$135 por receta en una farmacia minorista por un suministro hasta para 90 días.	\$141 por receta en una farmacia minorista por un suministro hasta para 90 días.
	\$45 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro para 30 días.	\$47 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro para 30 días.

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
	\$90 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro hasta para 60 días.	\$94 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro hasta para 60 días.
	\$90 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro hasta para 90 días.	\$94 por receta en una farmacia de pedido por correo por un suministro hasta para 90 días.
	Nivel 4 de medicamentos:	Nivel 4 de medicamentos:
	\$100 por receta en una farmacia minorista o de pedido por correo por un suministro para 30 días.	\$100 por receta en una farmacia minorista o de pedido por correo por un suministro para 30 días.
	\$200 por receta en una farmacia minorista o de pedido por correo por un suministro para 60 días.	\$200 por receta en una farmacia minorista o de pedido por correo por un suministro para 60 días.
	\$300 por receta en una farmacia minorista o de pedido por correo por un suministro para 90 días.	\$300 por receta en una farmacia minorista o de pedido por correo por un suministro para 90 días.
	Nivel 5 de medicamentos:	Nivel 5 de medicamentos:
	26% por receta en una farmacia minorista o de pedido por correo por un suministro para 30 días.	29% por receta en una farmacia minorista o de pedido por correo por un suministro para 30 días.
	Los suministros para 60 y 90 días no están cubiertos para los medicamentos en el Nivel 5.	Los suministros para 60 y 90 días no están cubiertos para los medicamentos en el Nivel 5.
	Nivel 6 de medicamentos:	Nivel 6 de medicamentos:
	El Nivel 6 no está disponible.	\$0 por vacuna del Nivel 6.

Notificación anual de modificaciones para 2020

Contenido

Resumen de costos importantes para 2020	4
SECCIÓN 1 Modificaciones en los beneficios y costos para el próximo año ...	9
Sección 1.1. Cambios en la prima mensual	9
Sección 1.2. Cambios en la cantidad máxima de gastos de bolsillo	9
Sección 1.3. Cambios en la red de proveedores.....	10
Sección 1.4. Cambios en la red de farmacias.....	11
Sección 1.5. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	11
Sección 1.6. Cambios a la cobertura de medicamentos de venta con receta de la Parte D	16
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	20
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir.	21
Sección 3.1. Si desea permanecer en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx.	21
Sección 3.2. Si desea cambiar de plan	21
SECCIÓN 4 Plazo para cambiar los planes	22
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratis sobre Medicare ...	22
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos de venta con receta.....	22
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	23
Sección 7.1. Cómo obtener ayuda del plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx	23
Sección 7.2. Cómo obtener ayuda de Medicare.....	24

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

Sección 1.1. Cambios en la prima mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
Prima mensual del plan* (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$23	\$27
Beneficio suplementario opcional: Tufts Medicare Preferred Dental Option	\$54	\$17

- La prima mensual del plan será *más alta* si se le exige pagar una multa de por vida por inscripción tardía en la Parte D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos equivalente a la cobertura de medicamentos de Medicare (lo que también se denomina “cobertura admisible”) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso mayor, quizás tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *más baja* si recibe “Extra Help” como ayuda con sus medicamentos de venta con receta.

Sección 1.2. Cambios en la cantidad máxima de gastos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad de “gastos de bolsillo” que debe desembolsar durante el año. Este límite se llama “cantidad máxima de gastos de bolsillo”. Una vez que alcance este monto, usted generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B durante el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) se incluyen en su cantidad máxima de gastos de bolsillo. La prima de su plan y los costos de los medicamentos de venta con receta no se incluyen en su cantidad máxima de gastos de bolsillo.	\$3,400	\$3,400 No existen modificaciones en la cantidad máxima de gastos de bolsillo para el 2020. Una vez que haya pagado \$3,400 de gastos de bolsillo por concepto de servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos por el resto del año calendario.

Sección 1.3. Modificaciones en la red de proveedores

Hay modificaciones en nuestra red de proveedores para el próximo año. Hay un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web en thmp.org. También puede llamar a Relaciones con el Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo una copia del Directorio de proveedores. **Le rogamos revisar el Directorio de proveedores 2020 para ver si los proveedores con los que usted se atiende (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar modificaciones de hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay una serie de motivos por los cuales el proveedor con el que se atiende podría dejar el plan, pero si su médico o especialista deja el plan, tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación.

- Aun cuando nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe por darle aviso con al menos 30 días de anticipación 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 administrando sus necesidades de atención de 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 se está administrando de manera correcta, tiene el derecho de apelar de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención.

Sección 1.4. Modificaciones en la red de farmacias

Las cantidades que paga por sus medicamentos de venta con receta pueden depender en qué farmacia use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle menores costos compartidos que los estándar que ofrecen otras farmacias de la red por algunos medicamentos.

Hay modificaciones en nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web en thmp.org. También puede llamar a Relaciones con el Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo una copia del Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores 2020 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

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

El próximo año cambiaremos nuestra cobertura de ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para conocer más información sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de cobertura* de 2020.

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
Servicios de ambulancia	Usted paga \$275 por día por servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.	Usted paga \$325 por viaje por servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.
Transporte que no es de ambulancia	El transporte que no es de ambulancia no tiene cobertura.	Usted paga \$40 por cada viaje de transporte que no es de ambulancia (por ej., taxi, viaje compartido, van o transporte médico) desde un hospital hasta un establecimiento de enfermería especializada.
Cobertura dental adicional proporcionada por Tufts Health Plan Medicare Preferred	El plan reembolsará a los miembros del plan Tufts Medicare Preferred Basic Rx hasta \$150 al año por servicios preventivos como exámenes bucales, limpieza (profilaxis), tratamientos con flúor y radiografías dentales. Cualquier profesional calificado de la salud dental puede prestar estos servicios.	Los servicios dentales están cubiertos al coseguro correspondiente hasta el máximo de beneficios anuales de su plan de \$1,000. Un proveedor de la red PPO de Dominion debe prestar estos servicios.

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
	Usted paga todos los cargos que superen el subsidio anual.	Usted paga \$0 por exámenes y servicios preventivos y de diagnóstico. Usted paga el 50% del coseguro por servicios dentales básicos. Usted paga el 100 % por servicios dentales mayores. Usted paga todos los cargos que superen el máximo de beneficios anuales de su plan de \$1,000. Para obtener más información, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>.
Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option	El período de espera de seis meses se aplica a los nuevos beneficiarios del plan Tufts Medicare Preferred Dental Option. Debe atenderse con un proveedor de la red dental de PPO de Delta Dental. Se aplica un deducible anual de \$50 a los servicios que no son preventivos ni de diagnóstico. Una vez que se ha alcanzado el deducible anual de \$50, usted paga el coseguro correspondiente hasta el máximo de beneficios del plan de \$1,000. Usted paga \$0 por exámenes y servicios preventivos y de diagnóstico de rutina. Usted paga el 20 % del coseguro por servicios de restauración.	No hay período de espera. No hay deducible anual. Los servicios están cubiertos al coseguro correspondiente hasta el máximo de beneficios de su plan de \$1,000. Usted paga \$0 por exámenes y servicios preventivos y de diagnóstico de rutina. Usted paga el 20 % del coseguro por servicios dentales básicos.

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
	Usted paga entre el 50 % y el 100 % del coseguro por servicios de periodoncia. Usted paga el 100 % del coseguro por servicios de endodoncia, mantenimiento de prótesis, prostodoncia y restauración mayor.	Usted paga el 50 % del coseguro por servicios dentales mayores Los servicios solo tienen cobertura con los proveedores de la red de PPO de Dominion. Para obtener más información, consulte su <i>Evidencia de cobertura</i>.
Exámenes y procedimientos diagnósticos	Usted paga \$10 por día por exámenes y procedimientos diagnósticos cubiertos por Medicare.	Usted paga \$10 por día por exámenes y procedimientos diagnósticos cubiertos por Medicare. No hay copago si el examen se realiza como parte de una cita en el consultorio.
Radiología de diagnóstico (CT, PET, MRI, ecografía) Consulte la sección de radiografías para obtener información de costos compartidos para radiografías cubiertas por Medicare	Usted paga \$250 por día por servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare.	Usted paga \$250 por día por servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare. (\$100 por ecografía).
Audífonos	Usted tiene cobertura de hasta 2 audífonos por año, 1 audífono por oído, a través de Hearing Care Solutions. Usted paga un copago por cada audífono y la cantidad a la que asciende el copago depende del tipo de audífono comprado.	Usted tiene cobertura de hasta 2 audífonos por año, 1 audífono por oído, a través de Hearing Care Solutions. Usted paga un copago por cada audífono y la cantidad a la que asciende el copago depende del tipo de audífono comprado.

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
	Los audífonos cubiertos comprenden los siguientes: \$250 de copago para audífonos de nivel Standard \$475 de copago para audífonos de nivel Superior \$650 de copago para audífonos de nivel Advanced \$850 de copago para audífonos de nivel Advanced Plus	Los audífonos cubiertos comprenden los siguientes: \$250 de copago para audífonos de nivel Standard \$475 de copago para audífonos de nivel Superior \$650 de copago para audífonos de nivel Advanced \$850 de copago para audífonos de nivel Advanced Plus \$1,150 de copago para audífonos de nivel Premier
Servicios de laboratorio	Usted paga \$10 por día por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.	Usted paga \$10 por día por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. No hay copago si el examen se realiza como parte de una cita en el consultorio.
MyHome Care	MyHome Care no está cubierto.	Usted pagará \$825 por cada episodio de atención. Este beneficio brinda a los miembros la opción de recuperarse de afecciones específicas, cuando sea adecuado desde el punto de vista clínico, con servicios y recursos de apoyo que sean médicamente necesarios y que se proporcionan en su residencia. Antes de que participe en este programa, debe obtener una derivación del PCP.

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
		Debe reunir condiciones calificadas para recibir este beneficio. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.
Programa de tratamiento con opioides Los servicios cubiertos comprenden servicios de medicamentos y apoyo, los que pueden incluir asesoramiento, evaluación toxicológica y exámenes de laboratorio, administración de casos, atención primaria y servicios de salud mental.	El programa de tratamiento con opioides no tiene cobertura.	Usted paga \$15 por cada consulta como parte de un programa de tratamiento con opioides cubierto por Medicare. Se necesita una derivación para este servicio.
Examen de la vista de rutina	\$40 de copago por consulta.	\$15 de copago por consulta.
Servicios para tratar enfermedades del riñón Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: - Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar la manera de cuidar los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV que fueron derivados por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales por toda la vida. - Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (que incluyen tratamientos de diálisis cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3 de su <i>Evidencia de cobertura</i>). - Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted es hospitalizado para atención especial)	Usted pagará \$0 por servicios de diálisis cubiertos por Medicare dentro del área de servicio cuando lo ordene su PCP. No se necesita una derivación para los servicios de diálisis.	Usted pagará el 20 % de coseguro por servicios de diálisis cubiertos por Medicare dentro del área de servicio cuando lo ordene su PCP. Este coseguro no se aplica a servicios de educación sobre enfermedades renales. No se necesita una derivación para los servicios de diálisis.

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
• Capacitación en autodiálisis (comprende capacitación para usted y cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos e insumos para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de técnicos de diálisis para controlar el proceso de diálisis en su hogar, ayudarlo en caso de emergencia y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para la diálisis tienen cobertura conforme a su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, vaya a la sección “Medicamentos de venta con receta de la Parte B de Medicare”.		
Radiografías	Usted paga \$10 por día por radiografías cubiertas por Medicare.	Usted paga \$10 por día por radiografías cubiertas por Medicare. No hay copago si las radiografías se realizan como parte de una cita en el consultorio.

Sección 1.6. Modificaciones en la cobertura de medicamentos de venta con receta de la Parte D

Modificaciones en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Entregamos una copia de nuestra Lista de medicamentos en forma electrónica.

Realizamos modificaciones en nuestra Lista de medicamentos, entre las que se cuentan cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tengan cobertura el próximo año y para ver si habrá restricciones.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, usted puede hacer lo siguiente:

- **Reúnanse con su médico (u otro profesional que emita la receta) y solicite al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Instamos a los actuales miembros** a que soliciten una excepción antes del próximo año.
 - 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 queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Relaciones con el Cliente.
- **Busque con su médico (u otro profesional que emita la receta) un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a Relaciones con el Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.

En algunas situaciones, tenemos que cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el formulario en los primeros 90 días del plan o los primeros 90 días de afiliación para evitar que haya una brecha en la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede usted obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, usted debería conversar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Puede cambiarse a un medicamento diferente que cubra el plan o solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra su actual medicamento.

Si aprobamos su solicitud de una excepción, por lo general, nuestra autorización es válida hasta el fin del año del plan. Esto es válido siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.

La mayoría de las modificaciones de la Lista de medicamentos comienzan a regir a principios de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios que permiten las reglas de Medicare.

Cuando hagamos estas modificaciones en la Lista de medicamentos durante el año, puede coordinar con su médico (u otro profesional que emita la receta) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos según lo programado y proporcionar otra información necesaria para reflejar los cambios de los medicamentos. (Para obtener más información sobre las modificaciones que podemos hacer en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de cobertura*).

Modificaciones en los costos de medicamentos de venta con receta

Nota: Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Extra Help”), **la información sobre costos de los medicamentos de venta con receta de la Parte D quizás no se aplique a usted.** Hemos incluido un inserto aparte, llamado “Cláusula adicional de la evidencia de cobertura para personas que reciben pagos de Extra Help para medicamentos de venta con receta” (también denominada “Cláusula adicional de subsidio para bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le indica cuáles son los costos de sus medicamentos. Si recibe “Extra Help” y no recibió este inserto con el paquete, llame a Relaciones con el Cliente y solicite la “Cláusula adicional LIS”. Los números de teléfono de Relaciones con el Cliente aparecen en la Sección 7.1 de este folleto.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Cuánto paga por un medicamento de la Parte D depende de en qué etapa de pago del medicamento se encuentra usted. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información muestra los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la etapa de período sin cobertura o la etapa de cobertura de enfermedades catastróficas. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de cobertura*, que encontrará en nuestro sitio web: thmp.org. También puede llamar a Relaciones con el Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*).

Modificaciones en la etapa del deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
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 alcance el deducible anual.	El deducible es de \$350. Durante esta etapa; paga el copago de \$4 del Nivel 1 por un suministro para 30 días de medicamentos del Nivel 1 y el copago de \$8 del Nivel 2 por un suministro para 30 días de medicamentos del Nivel 2 y el costo total por medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.	El deducible es de \$225. Durante esta etapa, usted paga su copago del Nivel 1 (\$0 O \$14) en una farmacia de la red por un suministro para 30 días de medicamentos del Nivel 1 y su copago del Nivel 2 (\$4 O \$19) por un suministro para 30 días de medicamentos del Nivel 2. Usted paga el costo total de los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual. Usted paga \$0 por vacunas del Nivel 6 en la etapa de deducible anual.

Modificaciones en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Una vez que pague el deducible anual, usted pasará a la Etapa de cobertura inicial.	Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red:	Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red:

Etapa	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Los costos de esta fila son para un suministro para un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o para recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>. Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en su Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	Nivel 1: Costos compartidos preferidos: <u>No</u> se ofrecen costos compartidos preferidos. Costos compartidos estándar: Usted paga \$4 por receta. Nivel 2: Costos compartidos preferidos: <u>No</u> se ofrecen costos compartidos preferidos. Costos compartidos estándar: Usted paga \$8 por receta. Nivel 3: Costos compartidos preferidos: <u>No</u> se ofrecen costos compartidos preferidos. Costos compartidos estándar: Usted paga \$45 por receta. Nivel 4: Costos compartidos preferidos: <u>No</u> se ofrecen costos compartidos preferidos. Costos compartidos estándar: Usted paga \$100 por receta. Nivel 5: Costos compartidos preferidos: <u>No</u> se ofrecen costos compartidos preferidos. Costos compartidos estándar: Usted paga el 26 % del costo total.	Nivel 1: Costos compartidos preferidos: Usted paga \$0 por receta. Costos compartidos estándar: Usted paga \$14 por receta. Nivel 2: Costos compartidos preferidos: Usted paga \$4 por receta. Costos compartidos estándar: Usted paga \$19 por receta. Nivel 3: Costos compartidos preferidos: Usted paga \$47 por receta. Costos compartidos estándar: Usted paga \$47 por receta. Nivel 4: Costos compartidos preferidos: Usted paga \$100 por receta. Costos compartidos estándar: Usted paga \$100 por receta. Nivel 5: Costos compartidos preferidos: Usted paga el 29% del costo total. Costos compartidos estándar: Usted paga el 29% del costo total.

Etapa	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
	Nivel 6: El Nivel 6 no está disponible. Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$3,820, usted pasará a la siguiente etapa (la etapa de período sin cobertura).	Nivel 6: Usted paga \$0 por las vacunas del Nivel 6. Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,020, usted pasará a la siguiente etapa (la etapa de período sin cobertura).

Modificaciones en las etapas de Período sin cobertura y Cobertura de enfermedades catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos —la etapa de período sin cobertura y la etapa de cobertura de enfermedades catastróficas— son para personas con costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la etapa de período sin cobertura ni la etapa de cobertura de enfermedades catastróficas.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Modificaciones administrativas

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
Copagos de medicamentos estándar vs. preferidos	Los miembros pagan copagos estándar en todas las farmacias de la red.	Los miembros pagan copagos reducidos en algunos medicamentos en farmacias de la red con costos compartidos preferidos y copagos estándar en farmacias de la red sin costos compartidos preferidos.
Proveedor de cobertura dental complementaria	Cobertura dental complementaria administrada por Tufts Health Plan a través de Delta Dental.	Cobertura dental complementaria administrada por Tufts Health Plan a través de Dominion National.

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1. Si desea permanecer en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx

Para permanecer en nuestro plan, usted no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente continuará afiliado a nuestro plan para el 2020.

Sección 3.2. Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiarse el 2020, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede afiliarse a un plan diferente de salud de Medicare
- O puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, tendrá que decidir si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare & You 2020* (Medicare y usted), llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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

Le recordamos que Tufts Health Plan Medicare Preferred ofrece otros planes de salud de Medicare Y planes de medicamentos de venta con receta de Medicare. Estos otros premios pueden diferir en cobertura, primas mensuales y cantidad de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse **a un plan diferente de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos de venta con receta**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos de venta con receta**, debe hacer una de las siguientes cosas:

- Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción en el plan. Comuníquese con Relaciones con el Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 de este folleto).
- O comunicarse con **Medicare**, al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para cambiar los planes

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio comenzará a regir el 1 de enero de 2020.

¿Hay otras fechas en el año en que se hagan cambios?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otras fechas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, las que reciben “Extra Help” para pagar sus medicamentos, las que tienen o dejarán la cobertura de sus empleadores y las que se mudan fuera del área de servicio pueden recibir autorización para hacer un cambio en otras fechas del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2020 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare o sin ella) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare o sin ella) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2020. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratis sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, State Health Insurance Assistance Program) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Massachusetts, el SHIP se denomina SHINE, siglas de Serving Health Information Needs of Everyone (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 locales a las personas que tienen Medicare. Los asesores de SHINE pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Puede 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). Visite el sitio web de SHINE en <https://www.mass.gov/health-insurance-counseling>, para obtener más información.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos de venta con receta

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

- **“Extra Help” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para optar a “Extra Help” para pagar los costos de medicamentos de venta con receta. Si los reúne, Medicare podría pagar hasta el 75 % de los costos de medicamentos, los que incluyen primas mensuales de medicamentos de venta con receta, deducibles anuales y coseguro. Además, los que reúnen los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios y ni siquiera lo saben. Para saber si usted reúne los requisitos, llame a los siguientes números:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - La oficina estatal de Medicaid (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 de venta con receta según sus necesidades financieras, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte el programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 5 de este folleto).
- **Asistencia sobre costos compartidos de medicamentos de venta con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, AIDS Drug Assistance Program) ayuda a que las personas con VIH/SIDA que son 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 de venta con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el programa ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos de venta con receta a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para VIH de Massachusetts (HDAP, HIV Drug Assistance Program). Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-228-2714.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1. Cómo obtener ayuda del plan Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Comuníquese con Relaciones con el Cliente al 1-800-701-9000. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711.) El horario de atención es de las 8:00 a. m. a las 8:00 p. m., de lunes a viernes. (Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* 2020 (tiene detalles sobre los beneficios y costos para el próximo año).

Esta *Notificación anual de modificaciones* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2020. Para obtener información detallada, consulte la *Evidencia de cobertura* 2020 de Tufts Health Plan 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 de venta con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web: thpmp.org. También puede llamar a Relaciones con el Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en thpmp.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 o Lista de medicamentos).

Sección 7.2. Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad que lo ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare. Puede usar el buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare para encontrar información sobre planes disponibles en su área. (Para conocer 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 & You* 2020

Puede leer el manual *Medicare & You* 2020 (Medicare y usted). Este folleto se envía por correo anualmente, en otoño, a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios de Medicare, derechos, protecciones y respuestas a preguntas frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia, puede descargarlo en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamar 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.