

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

Notificación anual de modificaciones para 2020

Usted está inscrito actualmente como miembro del plan Tufts Health Plan Senior Care Options. El próximo año, habrá algunos cambios a los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa sobre esos cambios.*

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 2.2 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 Senior Care Options, no debe hacer nada. Permanecerá en el plan Tufts Health Plan Senior Care Options.
 - Si desea **cambiarse a un plan diferente** que se acomode mejor a sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Consulte la Sección 2.2, página 13 para obtener más información sobre sus opciones.
- 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 Senior Care Options.
 - Si se afilia a otro plan entre el **15 de octubre y el 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 1-855-670-5934 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 de Tufts Health Plan Senior Care Options

- Tufts Health Plan es un Plan para Necesidades Especiales de Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO-SNP, Health Maintenance Organization Special Needs Plan) con un contrato con Medicare y un contrato con el programa MassHealth (Medicaid) del estado de Massachusetts. La inscripción en Tufts Health Plan Senior Care Options depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo escrito con el programa Medicaid de Massachusetts para coordinar sus beneficios de Medicaid.
 - Cuando este folleto diga “nosotros”, “nos”, “nuestro”, “nuestra”, “nuestros” o “nuestras”, quiere decir Tufts Health Plan. Cuando diga “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Tufts Health Plan Senior Care Options.
-

Resumen de costos importantes para 2020

La siguiente tabla compara los costos de 2019 con los de 2020 para el plan Tufts Health Plan Senior Care Options 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: thpmp.org/sco-member. También puede revisar la *Evidencia de Cobertura* que se enviará por correo en forma separada para ver si alguna otra modificación de beneficios o costos lo afecta. 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	\$0	\$0
Citas en el consultorio	Consultas al médico de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$0 por consulta	Consultas al médico de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: \$0 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 \$0 por servicios cubiertos.	Usted paga \$0 por servicios cubiertos.
Cobertura de medicamentos de venta con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más información).	Deducible: \$0 Copago durante la etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none">Nivel 1 de medicamentos: \$0 por receta en una farmacia minorista o de pedido por correo por un suministro para 30, 60 o 90 días.	Deducible: \$0 Copago durante la etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none">Nivel 1 de medicamentos: \$0 por receta en una farmacia minorista o de pedido por correo por un suministro para 30, 60 o 90 días.

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 2 de medicamentos: \$0 por receta en una farmacia minorista o de pedido por correo por un suministro para 30, 60 o 90 días. • Nivel 3 de medicamentos: \$0 por receta en una farmacia minorista o de pedido por correo por un suministro para 30, 60 o 90 días. • Nivel 4 de medicamentos: \$0 por receta en una farmacia minorista o de pedido por correo por un suministro para 30, 60 o 90 días. • Nivel 5 de medicamentos: \$0 por receta en una farmacia minorista o de pedido por correo por un suministro para 30 días. <p data-bbox="743 1268 1045 1394">Los suministros para 60 y 90 días no están cubiertos para los medicamentos en el Nivel 5.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 6 de medicamentos N/C 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 2 de medicamentos: \$0 por receta en una farmacia minorista o de pedido por correo por un suministro para 30, 60 o 90 días. • Nivel 3 de medicamentos: \$0 por receta en una farmacia minorista o de pedido por correo por un suministro para 30, 60 o 90 días. • Nivel 4 de medicamentos: \$0 por receta en una farmacia minorista o de pedido por correo por un suministro para 30, 60 o 90 días. • Nivel 5 de medicamentos: \$0 por receta en una farmacia minorista o de pedido por correo por un suministro para 30 días. <p data-bbox="1122 1268 1424 1394">Los suministros para 60 y 90 días no están cubiertos para los medicamentos en el Nivel 5.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 6 de medicamentos \$0 por vacuna del Nivel 6
Cantidad máxima de gastos de bolsillo	\$0	\$0
<p>Esta es la <u>cantidad máxima</u> que pagará por concepto de gastos de bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).</p>	<p>Usted no es responsable de pagar ninguno de los gastos de bolsillo para la cantidad máxima de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.</p>	<p>Usted no es responsable de pagar ninguno de los gastos de bolsillo para la cantidad máxima de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.</p>

Notificación anual de modificaciones para 2020

Contenido

Resumen de costos importantes para 2020	3
SECCIÓN 1 Modificaciones en los beneficios y costos para el próximo año ...	7
Sección 1.1. Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2. Cambios en la cantidad máxima de gastos de bolsillo	7
Sección 1.3. Cambios en la red de proveedores.....	8
Sección 1.4. Cambios en la red de farmacias.....	9
Sección 1.5. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	9
Sección 1.6. Cambios a la cobertura de medicamentos de venta con receta de la Parte D	11
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir.	13
Sección 2.1. Si desea permanecer en el plan Tufts Health Plan Senior Care Options.....	13
Sección 2.2. Si desea cambiar de plan	13
SECCIÓN 3 Cambio de planes.....	14
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratis sobre Medicare y Medicaid	15
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos de venta con receta.....	15
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	16
Sección 6.1. Cómo obtener ayuda del plan Tufts Health Plan Senior Care Options	16
Sección 6.2. Cómo obtener ayuda de Medicare.....	16
Sección 6.3. Cómo obtener ayuda de Medicaid.....	17

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo

Sección 1.1. Cambios en la prima mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
Prima mensual	\$0	\$0
Si tiene cobertura de Medicare, usted también debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la haya pagado por usted.		

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)
<p>Cantidad máxima de gastos de bolsillo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan esta cantidad máxima de gastos de bolsillo.</p> <p>Usted no es responsable de pagar ninguno de los gastos de bolsillo para la cantidad máxima de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) se incluyen en su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Puesto que usted no paga una prima del plan o costos por medicamentos de venta con receta, estas sumas no se incluyen en su cantidad máxima de gastos de bolsillo.</p>	\$0	<p style="text-align: center;">\$0</p> <p>Debido a que usted recibe asistencia de MassHealth (Medicaid), no tiene costos “de bolsillo” para los servicios cubiertos. Usted no paga nada por los servicios médicos que cubre Tufts Health Plan Senior Care Options.</p>

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 thpmp.org/sco-member. 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.

Hay modificaciones en nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web en thpmp.org/sco-member. 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

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

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 el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de cobertura de 2020*. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web: thpmp.org/sco-member. También puede revisar la *Evidencia de Cobertura* que se enviará por correo en forma separada para ver si alguna otra modificación de beneficios o costos lo afecta. 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)
Subsidio de la tarjeta DailyCare⁺	No está cubierto el subsidio de la tarjeta DailyCare ⁺ .	Usted recibirá un subsidio de \$25 cada trimestre para usarlo en productos de venta sin receta (OTC, over-the-counter) elegibles y aprobados, como champú, acondicionador y desodorante.
Productos de venta sin receta (OTC, over-the-counter)	<p>Los siguientes productos OTC están cubiertos a un costo de \$0 con una receta emitida y no se incluyen en el subsidio trimestral de \$105 de su Tarjeta de ahorro instantáneo para productos OTC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metilsulfonilmetano (MSM) • Glucosamina/Condroitina/MSM • Glucosamina/MSM • Condroitina/MSM • Omega 3/aceite de pescado • Coenzima Q10 • Benzonatato 	<p>Los siguientes productos OTC están cubiertos a un costo de \$0 con una receta emitida y no se incluyen en el subsidio trimestral de \$105 de su Tarjeta de ahorro instantáneo para productos OTC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metilsulfonilmetano (MSM) • Glucosamina/Condroitina/MSM • Glucosamina/MSM • Condroitina/MSM • Omega 3/aceite de pescado • Coenzima Q10 • Benzonatato • Robitussin Maximum Strength Cough + Chest Congestion DM, jarabe (líquido) • Kits de preparación Fleet (sin enema) • Citrato de magnesio • Mucinex 600 mg • Fexofenadina

Costo	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
Membresía en YMCA	La membresía en YMCA no está cubierta.	Membresía en clubes de salud en su centro local de YMCA en Massachusetts sin costo para usted. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.

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:

- **Reúname 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

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Cuánto pagará por un medicamento de la Parte D dependerá de en qué etapa de pago de medicamentos esté usted.

La siguiente información muestra las modificaciones de la Etapa de cobertura inicial para el próximo año. (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.)

Modificaciones en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Etapa	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Los costos de esta fila son para un suministro para un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que proporciona costos compartidos estándar.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en su Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: Usted paga \$0 por receta.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Nivel 1: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: Usted paga \$0 por receta.</p>

Etapa	2019 (este año)	2020 (el próximo año)
	Nivel 3: Usted paga \$0 por receta.	Nivel 3: Usted paga \$0 por receta.
	Nivel 4: Usted paga \$0 por receta.	Nivel 4: Usted paga \$0 por receta.
	Nivel 5: Usted paga \$0 por receta.	Nivel 5: Usted paga \$0 por receta.
	Nivel 6: N/C	Nivel 6: Usted paga \$0 por todas las vacunas del Nivel 6.

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1. Si desea permanecer en el plan Tufts Health Plan Senior Care Options

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, automáticamente continuará afiliado a nuestro plan para el 2020.

Sección 2.2. 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 se cambia a Original Medicare, tendrá que decidir si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare.

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 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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.**

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a un **plan diferente de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan Tufts Health Plan Senior Care Options.
- Para cambiarse a **Original Medicare con un plan de medicamentos de venta con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en el plan Tufts Health Plan Senior Care Options.
- 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 6.1 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.

Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de Medicare de medicamentos de venta con receta independiente, Medicare puede inscribirlo en uno, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

SECCIÓN 3 Cambio de 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.

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 9, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratis sobre Medicare y Medicaid

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 seguro de salud para todos).

El programa SHINE es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud locales a las personas que tienen Medicare. SHINE puede 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). Visite el sitio web de SHINE (www.mass.gov/elders/healthcare/shine/serving-the-health-information-needs-of-elders.html) para obtener más información.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de MassHealth (Medicaid), comuníquese con el programa MassHealth de Massachusetts al 1-800-841-2900. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-497-872-0166, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Consulte cómo afiliarse a otro plan o volver a Original Medicare lo puede afectar en la forma en que recibe su cobertura MassHealth (Medicaid).

SECCIÓN 5 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.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en “Extra Help”, que también se denomina Subsidio para bajos ingresos. Extra Help paga algunas de las primas de sus medicamentos de venta con receta, deducibles anuales y coseguro. Puesto que usted reúne los requisitos, no tiene un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre Extra Help, llame al:
 - 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 4 de este folleto).

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1. Cómo obtener ayuda del plan Tufts Health Plan Senior Care Options

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Comuníquese con Relaciones con el Cliente al 1-855-670-5934. (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). 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 Senior Care Options. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que 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: thmp.org/sco-member. También puede revisar la *Evidencia de Cobertura* que se enviará por correo en forma separada para ver si alguna otra modificación de beneficios o costos lo afecta. 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 thmp.org/sco-member. 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 6.2. 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.

Sección 6.3. Cómo obtener ayuda de Medicaid

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