



## Presbyterian Health Plan ofrece el Presbyterian Senior Care Plan 2 con receta médica (HMO)

### Notificación anual de cambios para el año 2020

En este momento se encuentra inscrito como afiliado del Presbyterian Senior Care Plan 2 con receta médica (HMO). El año próximo se realizarán cambios en los costos y beneficios del plan. *En este cuadernillo, se provee información sobre los cambios.*

- **Desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre, puede hacer cambios en su cobertura de Medicare para el año próximo.**
- 

#### Qué hacer ahora

##### 1. PREGUNTAR: Qué cambios se aplican a usted

- Controle los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
  - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el año próximo.
  - ¿Los cambios afectan los servicios que utiliza?
  - Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Controle los cambios presentados en el folleto sobre nuestra cobertura de medicamentos recetados para saber si lo afectan.
  - ¿Estarán cubiertos los medicamentos?
  - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con diferentes costos compartidos?
  - ¿Alguno de sus medicamentos tiene 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?
  - Consulte la Lista de medicamentos 2020 y la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
  - Sus costos de medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico acerca de las alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos anuales de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, ingrese a <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos cuadros de mando destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de

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

- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en su red el año próximo.
  - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que ve regularmente, están en nuestra red?
  - ¿Y los hospitales u otros proveedores a los que consulta?
  - Consulte la Sección 2.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- Piense en los costos totales de atención médica.
  - ¿Cuánto gastará de desembolso directo para los servicios y los medicamentos recetados que usa generalmente?
  - ¿Cuánto gastará en su prima y en deducibles?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está conforme con nuestro plan.

## 2. **COMPARAR:** Conozca otras opciones de planes

- Compruebe la cobertura y los costos de los planes en su área.
  - Utilice la función de búsqueda personalizada en el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en "Buscar planes de salud y medicamentos".
  - Revise la lista en la parte posterior de su manual de Medicare y usted.
  - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que limite sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

## 3. **ELEGIR:** Decida si desea cambiar su plan

- Si desea **mantener** Presbyterian Senior Care Plan 2 con receta médica (HMO), no necesita hacer nada. Permanecerá en el plan Presbyterian Senior Care Plan 2 con receta médica (HMO).
- Para cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

## 4. **INSCRIBIRSE:** Para cambiar de plan, afíliese 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 Presbyterian Senior Care Plan 2 con receta médica (HMO).

- 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 se encuentra disponible en español sin ningún costo.
- Comuníquese con nuestro Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian (servicio al cliente) llamando al (505) 923-6060 o al 1-800-797-5343 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) Los horarios de servicio son de domingos a sábados, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Si usted se comunica entre el **1 de abril y el 30 de septiembre**, nuestro horario de Servicio al Cliente es 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (excepto días festivos).
- Servicio al Cliente cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para usuarios que no hablan inglés.
- Esta información está disponible en otros formatos. Comuníquese con el plan para obtener más información.
- La cobertura de este Plan cumple los requisitos de una cobertura mínima calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (Affordable Care Act, ACA). Ingrese al sitio web del Servicio de Ingresos Internos (Internal Revenue Service, IRS) <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

### **Acerca de Presbyterian Senior Care Plan 2 con receta médica (HMO)**

- Presbyterian Senior Care (HMO) es un plan Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en el plan Presbyterian Senior Care (HMO) depende de la renovación del contrato.
  - Cuando en este cuadernillo, se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a Presbyterian Health Plan, Inc. Cuando diga “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Presbyterian Senior Care Plan con recetas médicas (HMO).
-

## Resumen de los costos importantes para el 2020

El siguiente cuadro compara los costos de 2019 y los de 2020 para el plan Presbyterian Senior Care Plan 2 con recetas médicas (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios.** Podrá encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* nuestro sitio web en <https://www.phs.org/Medicare>. También puede llamar al servicio de atención al cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2019 (este año)	2020 (año siguiente)
<b>Prima mensual del plan*</b>  *Su prima puede ser superior o inferior a este importe. (Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles).	\$19	\$19
<b>Importe máximo de desembolso directo</b>  Este es el importe <u>máximo</u> que pagará de desembolso directo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).	\$4,500	\$4,500
<b>Visitas al consultorio médico</b>	<b>Visitas de atención médica primaria:</b> \$5 por visita  <b>Consultas con un especialista:</b> \$50 por visita	<b>Visitas de atención médica primaria:</b> \$5 por visita  <b>Consultas con un especialista:</b> \$50 por visita

Costo	2019 (este año)	2020 (año siguiente)
<p><b>Internación en hospital</b></p> <p>Incluye atención para pacientes internados en estado agudo, rehabilitación de pacientes internados, servicios de hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que lo hospitalizan oficialmente con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado.</p>	<p>Por admisión, usted paga \$325 de copago por día durante los días 1 al 5.</p> <p>(Sin cargo por el resto de su estadía)</p>	<p>Por admisión, usted paga \$325 de copago por día durante los días 1 al 5.</p> <p>(Sin cargo por el resto de su estadía)</p>
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b></p> <p>(Consulte la Sección 2.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de categoría 1: \$4</li> <li>• Medicamento de categoría 2: \$10</li> <li>• Medicamento de categoría 3: \$45</li> <li>• Medicamento de categoría 4: \$95</li> <li>• Medicamento de categoría 5: 33% de coaseguro</li> </ul>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de categoría 1: \$0</li> <li>• Medicamento de categoría 2: \$10</li> <li>• Medicamento de categoría 3: \$45</li> <li>• Medicamento de categoría 4: \$95</li> <li>• Medicamento de categoría 5: 33% de coaseguro</li> </ul>

## **Notificación anual de cambios para el año 2020**

### **Índice**

<b>Resumen de los costos importantes para el 2020 .....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, quedará inscrito automáticamente en Presbyterian Senior Care Plan 2 con recetas médicas (HMO) en 2020 .....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 2 Cambios en beneficios y costos para el año próximo .....</b>	<b>4</b>
Sección 2.1. Cambios en su prima mensual.....	4
Sección 2.2. Cambios en su importe máximo de desembolso directo .....	5
Sección 2.3. Cambios en la red de proveedores .....	5
Sección 2.4. Cambios en la red de farmacias .....	6
Sección 2.5. Cambios en los beneficios y en los costos de los servicios médicos .....	6
Sección 2.6. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....	10
<b>SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>14</b>
Sección 3.1. Si desea permanecer en el Presbyterian Senior Care Plan 2 con recetas médicas (HMO) .....	14
Sección 3.2. Si desea cambiar de plan .....	14
<b>SECCIÓN 4 Plazo para cambiarse de plan .....</b>	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare.....</b>	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados .....</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? .....</b>	<b>17</b>
Sección 7.1. Obtención de ayuda de Presbyterian Senior Care Plan 2 con recetas médicas (HMO) .....	17
Sección 7.2. Cómo obtener ayuda de Medicare.....	17

## SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, quedará inscrito automáticamente en Presbyterian Senior Care Plan 2 con recetas médicas (HMO) en 2020

Si no toma ninguna acción para cambiar su cobertura de Medicare para el 7 de diciembre de 2019, lo inscribiremos automáticamente en nuestro Presbyterian Senior Care Plan 2 con recetas médicas (HMO). Esto significa que a partir del 1 de enero de 2020, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos recetados a través del Presbyterian Senior Care Plan 2 con recetas médicas (HMO). Si lo desea, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare. También puede elegir Medicare Original. Si desea cambiar, puede hacerlo entre el 1 de enero y el 31 de marzo. También puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si usted califica para recibir ayuda extra, es posible que pueda cambiar de plan durante otras ocasiones.

Este documento contiene información sobre las diferencias entre sus beneficios actuales del Presbyterian Senior Care Plan 2 con recetas médicas (HMO) y los beneficios que tendrá a partir del 1 de enero de 2020 como miembro de Presbyterian Senior Care Plan 2 con recetas médicas (HMO).

## SECCIÓN 2 Cambios en beneficios y costos para el año próximo

### Sección 2.1. Cambios en su prima mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (año siguiente)
<b>Prima mensual</b>	\$19	\$19
(También debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).		

- La prima mensual del plan será mayor si se le solicita pagar una multa vitalicia por inscripción tardía a la Parte D por estar sin otra cobertura de medicamentos durante 63 días o más que sea, al menos, de la calidad de la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”).
- Si tiene un ingreso más alto, quizás deba pagar una suma adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será menor si recibirá una “Ayuda Adicional” para sus costos de medicamentos recetados.

## Sección 2.2. Cambios en su importe máximo de desembolso directo

Para protegerlo, Medicare les exige a todos los planes de salud que limiten el importe que usted “desembolsa directamente” durante el año. Este límite se denomina “importe máximo de desembolso directo”. Una vez que alcanza este importe, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (año siguiente)
<b>Importe máximo de desembolso directo</b> Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) se tienen en cuenta para su importe máximo de desembolso directo. Su prima del plan y los costos de los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para calcular el monto máximo de desembolso directo.	\$4,500	\$4,500  Una vez que haya pagado \$4,500 en forma de desembolso directo por los servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

## Sección 2.3. Cambios en la red de proveedores

Habrán cambios en nuestra red de proveedores del próximo año. Dispone de un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web <https://www.phs.org/Medicare>. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada de los proveedores o solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores por correo. **Consulte el Directorio de proveedores de 2020 para confirmar si sus proveedores (proveedor de atención médica primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que durante el año podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de su plan. Existen varios motivos por los que su proveedor podría abandonar su plan. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos nuestro mejor esfuerzo para notificarle con una antelación de al menos 30 días que su proveedor abandonará nuestro plan; así, tendrá tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe gestionando sus necesidades de atención médica.



- Si se está sometiendo a un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido. Trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Si cree que no le proporcionamos un proveedor calificado en reemplazo de su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a gestionar su atención.

---

## **Sección 2.4. Cambios en la red de farmacias**

---

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia a la cual recurre. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas únicamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el año próximo. Dispone de un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web <https://www.phs.org/Medicare>. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada de los proveedores o solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores por correo. **Revise el Directorio de proveedores de 2020 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

---

## **Sección 2.5. Cambios en los beneficios y en los costos de los servicios médicos**

---

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año de determinados servicios médicos. A continuación, se describen estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted), en la Evidencia de Cobertura de 2020.

Costo	2019 (este año)	2020 (año siguiente)
<p><b>Autocontrol de la diabetes, y servicios y suministros para la diabetes</b></p> <p>Para todas las personas con diabetes (que usen o no insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Insumos para el monitoreo de glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para determinar el nivel de glucemia, lancetas y dispositivos con lancetas y soluciones para el control de glucemia para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitores</li> <li>• Tiras reactivas para glucosa en sangre y lancetas</li> </ul>	<p>Sin cargo</p> <p>Usted paga un copago de \$10 (suministro de 1 mes)</p>	<p>Sin cargo</p> <p>Sin cargo</p>
<p><b>Servicio de audición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de audición de rutina cada año</li> </ul>	<p>Paga un copago de \$45</p>	<p>Sin cargo</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (año siguiente)
<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</b></p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan.</p>	<p><b>Los medicamentos de la Parte B de Medicare obtenidos en una farmacia pueden requerir una autorización previa.</b></p> <p>Usted paga \$10 de copago para medicamentos recetados de la Parte B cuando se compran en una farmacia minorista.</p> <p>Usted paga un 15 % de coaseguro para los medicamentos de la Parte B que le administre su proveedor.</p> <p>Si se administran en un consultorio médico, algunos medicamentos deben comprarse al proveedor de especialidades designado de la red, quien debe enviarlos al centro médico o consultorio médico que usted eligió.</p>	<p><b>Los medicamentos de la Parte B de Medicare obtenidos en una farmacia pueden requerir una autorización previa.</b></p> <p>Usted paga \$10 de copago para medicamentos recetados de la Parte B cuando se compran en una farmacia minorista.</p> <p>Usted paga un 20 % de coaseguro para los medicamentos de la Parte B que le administre su proveedor.</p> <p>Si se administran en un consultorio médico, algunos medicamentos deben comprarse al proveedor de especialidades designado de la red, quien debe enviarlos al centro médico o consultorio médico que usted eligió.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (año siguiente)
<p><b>Servicio de tratamiento de opioides</b></p> <p>Los servicios para trastornos por uso de opioides están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros reciben la cobertura de estos servicios a través de nuestro plan. Servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para el tratamiento con antagonistas y agonistas de opioides aprobados por la FDA y el suministro y administración de dichos medicamentos, si corresponde</li> <li>• Asesoramiento sobre el uso de sustancias</li> <li>• Terapia individual y grupal</li> <li>• Pruebas toxicológicas</li> </ul>	Sin cobertura	Usted paga un copago de \$0 por sesión
<p><b>Pruebas de diagnóstico ambulatorias, y servicios y suministros terapéuticos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías</li> </ul>	<p><b>Se pueden aplicar normas de autorización.</b></p> <p>Paga un copago de \$15.</p>	<p><b>Se pueden aplicar normas de autorización.</b></p> <p>Paga un copago de \$20</p>
<p><b>Servicios para la salud mental para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: Servicios para la salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero con práctica médica, auxiliar médico u otro profesional de atención médica mental autorizado por el estado y calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p>	Usted cubre un copago de \$5 por consulta individual o grupal.	Sin cargo por cada visita de terapia individual o grupal

Costo	2019 (este año)	2020 (año siguiente)
<p><b>Servicios para pacientes ambulatorios con problemas de abuso de sustancias</b></p> <p>Servicios por abuso de sustancias proporcionados por un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero con práctica médica, auxiliar médico u otro profesional de atención médica mental autorizado por el estado y calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable.</p>	<p>Usted cubre un copago de \$5 por consulta individual o grupal.</p>	<p>Sin cargo por cada visita de terapia individual o grupal</p>
<p><b>Atención de la vista</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de consulta médica ambulatoria para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y de afecciones de la vista, incluida la degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p>Original Medicare no cubre exámenes rutinarios de la vista (problemas de refracción en el ojo) para anteojos y lentes de contacto.</p>	<p><b>Examen inicial de la vista, ya sea que esté cubierto por Medicare o que sea de rutina:</b> Sin cargo</p> <p><b>Visitas posteriores:</b> Copago de \$50 por visita</p>	<p><b>Un examen ocular de rutina con refracción al año:</b> Copago de \$10</p> <p><b>Un examen de retinopatía diabética por año:</b> Sin cargo</p> <p><b>Todos los demás servicios médicos de visión ambulatoria cubiertos por Medicare:</b> Copago de \$10 por visita</p>

## Sección 2.6. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

### Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Vademécum de medicamentos o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra lista de medicamentos se proporciona electrónicamente.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá algunas restricciones.**

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

- **Hablar con su médico (u otro recetador) y pedirle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Recomendamos a los afiliados actuales** a que pidan una excepción antes del siguiente año.
  - Para saber lo que debe hacer para pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones, quejas de la cobertura])* o llame al Centro de servicio al cliente.
- **Pedirle a su médico (u otro recetador) que busque un medicamento diferente** que esté cubierto. Puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica.

En ciertas situaciones, debemos cubrir un suministro provisional de un medicamento no incluido en el vademécum en los primeros 90 días del año del plan o en los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción en el tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*). Durante el tiempo en que usted está recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando su suministro temporal se agota. Puede cambiar el medicamento por uno diferente que esté cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Si se le otorgó una excepción al vademécum en 2019, tendrá que presentar una nueva solicitud para 2020.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios que están permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando hacemos estos cambios en la lista de medicamentos durante el año, todavía puede trabajar con su médico (u otro recetador) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de Medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de Cobertura*.)

### **Cambios en los costos de los medicamentos recetados**

*Nota:* Si está en un programa que ayuda a pagar por sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información acerca de los costos para los medicamentos recetados de la Parte D podría no aplicarse a su caso.** Le hemos enviado un anexo separado, titulado “Cláusula adicional de la

Evidencia de cobertura destinada a personas que reciben Ayuda Adicional para el pago de medicamentos recetados” (también llamada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), en el que se describen los costos por medicamentos que le corresponden. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este anexo antes del 1 de octubre de 2019, comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente y solicite el “Anexo LIS”. Los números de teléfono del Centro de Servicio al Cliente se encuentran en la Sección 7.1 de este cuadernillo.

Las “etapas de pago de medicamentos” son cuatro. Cuánto paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentre. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información a continuación muestra los cambios para el próximo año de las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los afiliados no llegan a las otras dos etapas: la Etapa de brecha en cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 en la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en el sitio web <https://www.phs.org/Medicare>. También puede llamar al servicio de atención al cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.)

### Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (año siguiente)
<b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b>	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

### Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para obtener información sobre los copagos y coaseguros, revise el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de desembolso directo que puede pagar por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2019 (este año)	2020 (año siguiente)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo compartido de sus medicamentos cubiertos y usted paga la suya.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando surta su receta médica en una farmacia de la red que proporciona costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos para un suministro a largo plazo para recetas de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos la categoría de algunos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos pasarán a otra categoría, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:</p> <p><b>Genérico preferido de nivel 1:</b> Usted paga \$4 por receta médica</p> <p><b>Genérico de nivel 2:</b> Usted paga \$10 por receta médica</p> <p><b>Marca preferida de nivel 3:</b> Usted paga \$45 por receta médica</p> <p><b>Medicamento no preferido de nivel 4:</b> Usted paga \$95 por receta médica</p> <p><b>Nivel de especialidad:</b> Usted paga 33% del costo total por receta médica</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$3,820, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha en cobertura)</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:</p> <p><b>Genérico preferido de nivel 1:</b> Usted paga \$0 por receta médica</p> <p><b>Genérico de nivel 2:</b> Usted paga \$10 por receta médica</p> <p><b>Marca preferida de nivel 3:</b> Usted paga \$45 por receta médica</p> <p><b>Medicamento no preferido de nivel 4:</b> Usted paga \$95 por receta médica</p> <p><b>Nivel de especialidad:</b> Usted paga 33% del costo total por receta médica</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,020, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha en cobertura)</p>

### Cambios en las Etapas de brecha en cobertura y de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de brecha en cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica, son para las personas que tienen costos altos de medicamentos. **La mayoría de los afiliados no llegan a la Etapa de brecha en cobertura ni a la Etapa de cobertura catastrófica.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 en la *Evidencia de Cobertura*.



## SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 3.1. Si desea permanecer en el Presbyterian Senior Care Plan 2 con recetas médicas (HMO)

**Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada.** Si no se inscribe en un plan diferente ni en Medicare Original antes del 7 de diciembre, permanecerá inscrito de forma automática como afiliado de nuestro plan para 2020.

### Sección 3.2. Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo afiliado de nuestro plan el próximo año, pero, si desea cambiar para 2020, siga estos pasos:

#### Paso 1: Obtenga información sobre sus elecciones y compárelas

- Puede afiliarse a otro plan de salud de Medicare,
- --O-- También puede cambiar a Medicare Original. Si elige cambiarnos por Medicare Original, deberá decidir si inscribirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte *Medicare y usted 2020*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Puede encontrar información sobre los planes que hay en su área utilizando el localizador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Ingrese a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Encontrar planes de salud y medicamentos”. **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

Como recordatorio, Presbyterian Health Plan, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden tener coberturas, primas mensuales y montos de costos compartidos diferentes.

#### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiar a **otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Presbyterian Senior Care Plan 2 con receta médica (HMO).
- Para **pasarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Presbyterian Senior Care Plan 2 con receta médica (HMO).

- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe seguir uno de los pasos siguientes:
  - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo proceder (los números de teléfono están en la Sección 7.1 de este cuadernillo).
  - – *O* – Comuníquese con **Medicare**, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 4 Plazo para cambiarse de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original el próximo año, puede hacerlo entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre**. Estos cambios entrarán en vigor el 1 de enero de 2020.

### ¿Se puede hacer el cambio en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que han dejado o dejarán la cobertura del empleador y aquellas que se muden fuera del área de servicio podrían hacer el cambio en otros momentos 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 la elección de su plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Medicare Original (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) 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 asesoría gratuita sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Nuevo México, el SHIP lleva el nombre de New Mexico Aging and Long-Term Services (Servicios para Adultos Mayores y a Largo Plazo de Nuevo México).

El Departamento de Servicios para Adultos Mayores y a Largo Plazo de Nuevo México es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud). Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoría local **gratuita** sobre seguros médicos a los beneficiarios de Medicare. Los asesores del Departamento para Adultos Mayores y Servicios a Largo Plazo de Nuevo México pueden ayudarlo si tiene problemas o desea hacer preguntas acerca de Medicare. Lo pueden ayudar a entender sus opciones dentro del plan de Medicare y responder cualquier pregunta sobre el cambio de planes. Puede llamar a Departamento para Adultos Mayores y Servicios a Largo Plazo de Nuevo México al 1-800-432-2080 o TTY (505) 476-4937. Puede obtener más información sobre el

Departamento para Adultos Mayores y Servicios a Largo Plazo de Nuevo México visitando su sitio web (<http://www.nmaging.state.nm.us>).

## **SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados**

Usted quizás califique para obtener ayuda con el pago de medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados quizás califiquen para recibir “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75%, o más, de los costos de sus medicamentos, como las primas mensuales para los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, las personas que califiquen no estarán sujetas a la brecha en cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas califican y no lo saben. Para saber si califica, comuníquese con los siguientes:
  - 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, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (aplicaciones); o bien a,
  - Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes)
- **Costo compartido de recetas médicas para personas con VIH/SIDA** El Programa de Asistencia para Medicamentos del VIH (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles que viven con VIH/SIDA tengan acceso a los medicamentos que les salvan la vida. Las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de no asegurado/subasegurado. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido por receta médica para el Programa de Asistencia para Medicamentos del VIH del Departamento de Salud de Nuevo México:

Programa de Asistencia para Medicamentos del VIH (ADAP) del Departamento de Salud de Nuevo México  
1190 S. St. Francis Dr.  
Santa Fe, NM 87502

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, sobre los medicamentos cubiertos o sobre inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos del VIH del Departamento de Salud de Nuevo México, al (505) 827-2435.

## SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

### Sección 7.1. Obtención de ayuda de Presbyterian Senior Care Plan 2 con recetas médicas (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Centro de Servicio al Cliente al (505) 923-6060 o 1-800-797-5343. (solo TTY, llame al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de domingo a sábado, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Si usted se comunica entre el **1 de abril y el 30 de septiembre**, nuestro horario de Servicio al Cliente es 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (excepto días festivos). Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### Lea su *Evidencia de Cobertura de 2020* (ofrece detalles sobre los beneficios y los costos del próximo año)

En esta *Notificación anual de cambios*, se ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2020. Para conocer los detalles, puede consultar la *Evidencia de Cobertura de 2020* de Presbyterian Senior Care Plan 2 con recetas médicas (HMO). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir servicios y medicamentos recetados cubiertos. Podrá encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* nuestro sitio web en <https://www.phs.org/Medicare>. También puede llamar al servicio de atención al cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

#### Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web <https://www.phs.org/Medicare>. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Vademécum/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 para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el localizador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, ingrese a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”).

### **Consulte *Medicare y usted 2020***

Puede leer el manual *Medicare y usted 2020*. Todos los años, en otoño, este cuadernillo se envía a personas que cuentan con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y las protecciones, y las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.