

ATRIO Special Needs Plan Willamette (HMO SNP) ofrecido por ATRIO Health Plans

Notificación anual de cambios para 2019

Actualmente, usted está inscrito como miembro de ATRIO Special Needs Plan (Willamette). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos de los planes y los beneficios. *Este folleto hace referencia a dichos cambios.*

Qué debe hacer

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a su caso

- Controle los cambios en nuestros costos y beneficios para ver si lo afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse que el próximo año cubrirá todas sus necesidades.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que utiliza?
 - Revise en las secciones 1 y 2 la información sobre los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan.

- Controle los cambios en nuestro cuadernillo de cobertura de medicamentos recetados para ver si lo afectan.
 - ¿Sus medicamentos estarán cubiertos?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como por ejemplo, necesita nuestra aprobación previa antes de obtener su receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por el uso de esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos 2019 en la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que sus costos de medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede permitirle ahorrar en los costos anuales de bolsillo durante el año. Para obtener información adicional sobre los precios de medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos tableros informan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información sobre los precios de medicamentos año a año. Recuerde que los beneficios de su plan determinarán con exactitud cuánto pueden cambiar sus costos de medicamentos.

- Controle si los médicos y otros proveedores estarán incluidos en nuestra red el próximo año.
 - ¿Se encuentran los doctores incluidos en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Revise en la Sección 2.3 la información sobre nuestro Directorio de proveedores.

- Piense en los costos totales de su atención médica.
 - ¿Qué gastos extras tendrá que afrontar por los servicios y medicamentos recetados que utiliza en forma habitual?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y sus deducibles?

- ¿Qué resultado obtiene si compara los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes.

Compruebe la cobertura y los costos de los planes en su área.

- Use esta 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 Medicare y Usted.
- Vea la Sección 3.2 para más detalles sobre sus opciones.

Una vez que limite la opción a un plan de su preferencia, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan.

- Si desea **conservar** ATRIO Special Needs Plan (Willamette), no tiene que hacer nada. Permanecerá en ATRIO Special Needs Plan (Willamette).
- Si desea **cambiarse a un plan diferente** que puede adaptarse mejor a sus necesidades, puede cambiar de plan entre ahora y el 31 de diciembre. Vea la Sección 3, página 8 para obtener más información sobre sus opciones.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, debe afiliarse a un plan entre ahora y el **31 de diciembre de 2018**.

- Si **no se afilia a otro plan antes del 31 de diciembre de 2018**, permanecerá en el ATRIO Special Needs Plan (Willamette).
- Si **se afilia a otro plan antes del 31 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.
- A partir de 2019, hay nuevos límites en la frecuencia de cambio de planes. Vea la Sección 3, página 8 para obtener más información.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en forma gratuita en español.
- Para más información, comuníquese con nuestro Servicio de atención al cliente al número 1-877-672-8620. (Los usuarios de teletipo [TTY] deben llamar al 1-800-735-2900.) Horario de atención: todos los días, de 8 a. m. a 8 p. m.
- Es posible que este documento esté disponible en otros formatos.
- **La cobertura bajo este plan califica como Cobertura de salud calificante (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (*Patient Protection and Affordable Care Act*, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Sobre ATRIO Special Needs Plan (Willamette)

- ATRIO Health Plans posee los planes PPO y HMO D-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en los planes de salud ATRIO depende de la renovación del contrato.
 - Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame al 1-877-672-8620, TTY 1-800-735-2900.
 - Cuando se haga mención en este folleto de “nosotros,” o “nuestro,” se refiere a los Planes de salud ATRIO. Cuando se mencione “plan” o “nuestro plan,” se refiere a ATRIO Special Needs Plan (Willamette).
-

H5995_001_ANOC_2019_M

Resumen de costos importantes para 2019

La tabla de abajo compara los costos de 2018 y 2019 para ATRIO Special Needs Plan (Willamette) en varias áreas importantes. Esto es solo un resumen de cambios. **Es importante que lea el resto de esta *Notificación anual de cambios*** y revise la *Evidencia de cobertura* que encontrará en nuestro sitio web en atriohp.com para ver si otros cambios en los costos o los beneficios lo afectan.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que este importe. Lea la sección 1.1 para más detalles.</p>	No paga nada.	No paga nada.
<p>Consultas médicas</p>	Visitas de atención primaria: No paga nada por visita. Consultas a especialista: No paga nada por visita.	Visitas de atención primaria: No paga nada por visita. Consultas a especialista: No paga nada por visita.
<p>Estadías de pacientes hospitalizados Incluye pacientes agudos, pacientes en rehabilitación, hospitales con atención prolongada y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día que es formalmente admitido al hospital con la orden de su médico. El día previo a su alta es el último día de internación.</p>	No paga nada.	No paga nada.
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. (Lea la sección 1.6 para más detalles).</p>	Deducible: \$0 Copagos durante la Etapa inicial de cobertura: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): \$0/\$1.25/\$3.35 • El resto de los medicamentos: \$0/\$3.70/\$8.35 	Deducible: \$0 Copagos durante la Etapa inicial de cobertura: <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): \$0/\$1.25/\$3.40 • El resto de los medicamentos: \$0/\$3.80/\$8.50

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Importe máximo de bolsillo Esta es la cantidad <u>máxima</u> que usted pagará de bolsillo por los servicios cubiertos. (Lea la sección 1.2 para más detalles).</p>	<p>\$6,700 Usted no es responsable de pagar los costos de bolsillo para la cantidad máxima de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$6,700 Usted no es responsable de pagar los costos de bolsillo para la cantidad máxima de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

Notificación anual de cambios para 2019
Índice

Resumen de costos importantes para 2019	1
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios de Medicare para el próximo año	4
Sección 1.1 Cambios en su prima mensual	4
Sección 1.2 Cambios en los importes extras máximos.	4
Sección 1.3 Cambios en la Red de proveedores	4
Sección 1.4. Cambios en la Red de farmacias	5
SECCIÓN 1.5 – Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos	5
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	6
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir.....	8
Sección 2.1 - Si decide quedarse con ATRIO Special Needs Plan (Willamette)	8
Sección 2.2. Si desea cambiar de plan	8
SECCIÓN 3 Cambio de plan	9
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid (Oregon Health Plan)	10
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados....	10
SECCIÓN 6 Preguntas.....	11
Sección 6.1 - Recibir ayuda de ATRIO Special needs Plan (Willamette).....	11
Sección 6.2. Recibir ayuda de Medicare.....	11
Sección 6.3 – Recibir ayuda de Medicaid (Oregon Health Plan)	11

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

Sección 1.1 Cambios en su prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual (Puede también continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague el Oregon Health Plan [Medicaid (Oregon Health Plan)] por usted).	No paga nada.	No paga nada.

Sección 1.2 Cambios en los importes extras máximos.

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud tengan un límite en los pagos adicionales durante el año. Este límite se llama "importe extra máximo". Una vez que alcance este importe, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos por el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Importe máximo de bolsillo Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid (Oregon Health Plan), son muy pocos los miembros que alcanzan este máximo de bolsillo. Usted no es responsable de pagar los costos de bolsillo para la cantidad máxima de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos) se tienen en cuenta para su importe extra máximo dentro de la red.	\$6,700	No hay ningún cambio para el próximo año de beneficios.

Sección 1.3 Cambios en la Red de proveedores

Nuestra red ha cambiado más de lo habitual para 2019. Encontrará un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web en atriohp.com. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para obtener información actualizada o solicitarnos que le enviemos el Directorio de proveedores. **Recomendamos expresamente que revise nuestro Directorio de proveedores actual para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) continúan en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existe un número de razones por las que un proveedor podría dejar nuestro plan; pero si los médicos o especialistas dejan su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se enumeran a continuación:

- Aun cuando los proveedores de nuestra red pueden cambiar durante el año, Medicare exige que le facilitemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para proporcionarle un aviso con al menos 30 días de anticipación para notificarle que su proveedor deja nuestro plan de manera de darle tiempo para elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos para asegurar, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si cree que no le hemos provisto un nuevo proveedor calificado que reemplace a su antiguo proveedor o que su atención no está siendo administrada de manera adecuada, usted tiene derecho a presentar un reclamo por nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista dejará nuestro plan, contáctenos para que podamos ayudarlo a encontrar un proveedor nuevo y a administrar su atención médica.

Sección 1.4. Cambios en la Red de farmacias

Los importes que deba pagar por sus medicamentos recetados dependerán de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare poseen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas únicamente si obtiene sus medicamentos en una de nuestras farmacias de la red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Encontrará un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web en atriohp.com. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para obtener información actualizada o solicitarnos que le enviemos el Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias 2019 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

SECCIÓN 1.5 – Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos

Note que en la Notificación anual de cambios solo le informamos los cambios de sus costos y beneficios de Medicare.

Estamos cambiando nuestra cobertura para ciertos servicios médicos para el próximo año. La información de abajo describe dichos cambios. Para más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, remítase al Capítulo 4, *Cuadro de beneficios (qué está cubierto y cuánto paga) de su Evidencia de cobertura 2019*. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en atriohp.com.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Educación sobre la salud	La educación para la salud está cubierta	La educación para la salud <u>no</u> está cubierta

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Examen de visión de rutina	Usted paga el 15% del costo total	Usted paga el 0% del costo total

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestro Listado de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos recetados se llama Formulario o "Listado de Medicamentos". Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos en forma electrónica.

Realizamos cambios en nuestro Listado de medicamentos, incluyendo modificaciones en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican en nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Revise el Listado de medicamentos para asegurarse que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y ver si habrá alguna restricción.**

Si algún cambio en la cobertura de medicamentos lo afecta, Ud. puede:

- Trabajar con su médico (o la persona que le receta los medicamentos) y pedirle al plan que haga una excepción para que cubra el medicamento. **Invitamos a los miembros actuales** a que pidan una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, vea el Capítulo 9 de la Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, reclamos, quejas) o llame al Servicio de atención al cliente.
- Trabaje con su doctor (o la persona que le receta los medicamentos) para encontrar un medicamento diferente que sí tenga cobertura. Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente y pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro provisorio de un medicamento que no está en el formulario los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar la interrupción del tratamiento. Para 2019, los miembros que están en centros de atención prolongada (LTC) ahora recibirán un suministro provisorio de la misma cantidad del suministro de días provisorio suministrado en todos los demás casos: 31 días de medicamento en lugar del monto suministrado en 2018 (93 días de medicamento). (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporario y cómo puede solicitarlo, vea el Capítulo 5, Sección 5.2 de la Evidencia de cobertura.) Durante el período en el que reciba el suministro temporario de un medicamento, hable con su médico para decidir qué hacer cuando el medicamento se acabe. Ud. puede cambiarse a una cobertura de medicamentos diferente cubierta por el plan o pedir que el plan haga una excepción para Ud. y su medicamento actual.

En algunos casos, las excepciones al formulario vencerán al final del año del plan y una nueva solicitud de excepción deberá ser presentada en el año del nuevo plan. En otros casos, las excepciones al formulario han sido aprobadas por un período de tiempo mayor y una solicitud de excepción no necesita ser presentada al comienzo del año del nuevo plan. En general, las excepciones al formulario se aprueban para el año siguiente al de fecha de aprobación. Las cartas de aprobación de excepción enviadas a los miembros detallan la fecha en que la aprobación de la excepción al formulario terminará.

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

A partir de 2019, antes de hacer cambios durante el año en nuestra Lista de medicamentos que exijan que le proporcionemos un aviso anticipado cuando usted esté usando un medicamento, le proporcionaremos el aviso de esos cambios 30, en lugar de 60, días antes de implementarlos. O le entregaremos un suministro de 30 días, en lugar de 60 días, de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Le proporcionaremos este aviso antes de, por ejemplo, reemplazar un medicamento de marca de la Lista de medicamentos por un genérico, o de hacer cambios en función de las advertencias en recuadro que publica la FDA o de nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

Cuando hagamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, usted puede seguir trabajando con su médico (o con otra persona que le receta el medicamento) y pedirnos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer a 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 le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre costos para medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un folleto aparte, titulado "Cláusula adicional de evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados" (también llamado "Cláusula de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula LIS") que le informa acerca de los costos de los medicamentos. Dado que usted recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este folleto antes del 30 de septiembre, contáctese con el Servicio de atención al cliente y solicite la “Cláusula adicional LIS”. Los números de teléfono para el Servicio de atención al cliente se encuentran en la sección 6.1 de este cuadernillo.

Existen cuatro "etapas de pago de medicamentos". Cuánto paga por una medicamento de la Parte D depende de la etapa del medicamento en que se encuentre. (Puede ver el Capítulo 6, Sección 2 en su Evidencia de cobertura para más información sobre las etapas.)

La información de abajo muestra los cambios para el próximo año de las dos primeras etapas, la Etapa 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 y la Etapa de cobertura catastrófica. Para más información sobre sus costos en estas etapas, vea el Resumen de beneficios o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 en la Evidencia de cobertura.)

Cambios en la Etapa deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Etapa 1: Etapa deducible anual	Ya que no tenemos deducibles, esta etapa de pago no se aplica a Ud.	Ya que no tenemos deducibles, esta etapa de pago no se aplica a Ud.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa inicial de cobertura

Para obtener más información sobre cómo funciona el sistema de copagos y coseguros, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2 Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos en la Evidencia de cobertura.

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa inicial de la cobertura Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Los costos en cada fila son para el suministro de un mes (30 días) cuando completa su prescripción en una farmacia de la red que brinde reparto de costo estándar. Para más información sobre los costos de un suministro a largo plazo o para prescripciones pedidas por correo, vea el Capítulo 6, Sección 5 de su Evidencia de cobertura. Cambiamos el nivel para algunos de los medicamentos de nuestros Listado de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelo en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo para el suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar. Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): Usted paga \$0/\$1.25/\$3.35 por receta El resto de los medicamentos: Usted paga \$0/\$3.70/\$8.35 por receta</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado el monto de bolsillo de \$5,000 para los medicamentos de la Parte D, usted pasará a la próxima etapa (la Etapa de cobertura por catástrofe).</p>	<p>Su costo para el suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar: Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): Usted paga \$0/\$1.25/\$3.40 por receta El resto de los medicamentos: Usted paga \$0/\$3.80/\$8.50 por receta</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado el monto de bolsillo de \$5,100 para los medicamentos de la Parte D, usted pasará a la próxima etapa (la Etapa de cobertura por catástrofe).</p>

Cambios en las etapas de brecha de cobertura y de cobertura por catástrofe

La Etapa de brecha de cobertura y la Etapa de cobertura por catástrofe son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas con costos de medicamentos elevados. **La mayoría de los miembros no alcanza estas etapas.**

Para más información sobre sus costos en estas etapas, vea el Resumen de beneficios o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 en la Evidencia de cobertura.)

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1 - Si decide quedarse con ATRIO Special Needs Plan (Willamette)

Para quedarse en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Original Medicare, automáticamente permanecerá inscrito como miembro de nuestro plan para 2019.

Sección 2.2. Si desea cambiar de plan

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2019, siga los siguientes pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede unirse a un plan de salud Medicare distinto,
- — *O* — Puede cambiarse a Original Medicare. Si desea cambiarse a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Si desea cambiarse a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para conocer más sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes Medicare, lea *Medicare y Usted 2019*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud (vea la Sección 4) o llame a Medicare (vea la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área en el buscador de planes Medicare en el sitio Web de Medicare. Vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Encontrar planes de salud y medicamentos”. **Aquí, puede encontrar información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a un plan de salud Medicare diferente, debe inscribirse en ese nuevo plan. Ud. será dado de baja de manera automática de ATRIO Special Needs Plan (Willamette).
- Para cambiarse a Medicare Original con un plan de prescripción de medicamentos, debe inscribirse en este nuevo plan de medicamentos. Ud. será dado de baja de manera automática de ATRIO Special Needs Plan (Willamette).
- Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de prescripción de medicamentos, Ud. debe:
 - Enviarnos un pedido escrito para que le demos de baja. Llamar al Servicio de atención al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están en la sección 6.1 de este folleto).
 - También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, todos los días de la semana y solicitar la baja. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

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

SECCIÓN 3 Cambio de plan

Si desea cambiarse a un plan distinto o a Original Medicare para el próximo año, lo puede hacer desde ahora hasta el 31 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2019.

¿Hay otras fechas en el año para cambiarse?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid (Oregon Health Plan), aquellos que reciben “Ayuda adicional” para el pago de sus medicamentos, aquellos que tienen o que están por dejar la cobertura del empleador y aquellos que se mudan fuera del área de servicio pueden tener permitido hacer un cambio otros momentos del año. A partir de 2019, hay nuevos límites en la frecuencia de cambio de planes. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.1 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no le gusta su opción del plan, puede cambiar a otro plan de salud Medicare (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos recetados) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos recetados) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid (Oregon Health Plan)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Oregon, el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud para Persona de la Tercera Edad (SHIBA).

SHIBA es independiente (es decir, no tiene conexión con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para proporcionar asesoramiento sobre seguros de salud locales en forma gratuita a personas con Medicare. Los asesores de SHIBA pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones del plan de Medicare y responder las preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar a SHIBA al 1-800-722-4134. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2900. Puede conocer más sobre SHIBA en su sitio web <http://www.oregon.gov/DCBS/SHIBA>.

Si desea realizar preguntas sobre los beneficios de Oregon Health Plan (Medicaid Oregon Health Plan), contáctese con la Autoridad de Salud de Oregon al 1-800-273-0557. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 711. Pregunte cómo afecta la cobertura de Oregon Health Plan (Medicaid Health Plan) si se une a otro plan o vuelve a Original Medicare.

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Ud. puede calificar para recibir ayuda en el pago de sus medicamentos recetados.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Dado que tiene Medicaid (Oregon Health Plan), ya está inscrito para recibir “Ayuda adicional”, también denominada Subsidio por ingresos bajos. El servicio de Ayuda adicional paga algunas de las primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Puesto que usted reúne los requisitos, no tendrá un período de brecha de cobertura ni deberá pagar una sanción por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda adicional”, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de teletipo (TTY/TDD) deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, todos los días de la semana.
 - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778 o a
 - La oficina de Medicaid (Oregon Health Plan) de su estado (solicitudes).
- **Asistencia de costos compartidos para medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El programa de asistencia para medicamentos para el SIDA (ADAP), ayuda a garantizar que las personas elegibles para el programa con VIH/SIDA tengan acceso a los medicamentos de VIH que pueden salvarles la vida. Las personas deben cumplir determinados criterios, incluyendo prueba de residencia en el estado, prueba de VIH y bajos ingresos según lo definido por el estado, y no contar con seguro o tener un seguro que no cubre las necesidades mínimas. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos a través del programa CAREAssist (programa de asistencia para medicamentos para el SIDA de Oregon). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en un programa, llame al 1-800-805-2313.

SECCIÓN 6 Preguntas

Sección 6.1 - Recibir ayuda de ATRIO Special needs Plan (Willamette)

¿Tiene consultas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Servicio de atención al cliente al 1-877-672-8620. (Los usuarios de teletipo [TTY] deben llamar al 1-800-735-2900). El horario de atención telefónica es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (PST). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura 2019* (contiene detalles sobre los costos y beneficios del próximo año)

Esta *Notificación anual de cambios* ofrece un resumen de los cambios en los beneficios y costos para 2019. Para más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2019* para ATRIO Special Needs Plan (Willamette). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada y legal de los beneficios de su plan. Explica los derechos y las normas que debe seguir para recibir servicios y medicamentos recetados cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en atriohp.com.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en atriohp.com. Como recordatorio, nuestro sitio web contiene la última información actualizada de nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Listado de Medicamentos).

Sección 6.2. Recibir ayuda de Medicare

Para recibir información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (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 costo, cobertura y clasificaciones de calidad que lo ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área en el buscador de planes Medicare en el sitio Web de Medicare. (Para ver información sobre los planes, vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Encontrar planes de salud y medicamentos”).

Lea *Medicare y Usted 2019*

Puede leer el Manual *Medicare y Usted 2019*. Cada año, en otoño, se envía este cuadernillo a los usuarios de Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este cuadernillo, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6.3 – Recibir ayuda de Medicaid (Oregon Health Plan)

Para obtener información de Medicaid, puede llamar al Plan de salud de Oregon al 1-800-527-5772. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2900.