

ATRIO Silver Rx (Willamette) (PPO) ofrecido por los Planes de salud de ATRIO

Notificación anual de cambios para 2019

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

- **Debe modificar su cobertura Medicare para el próximo año desde el 15 de octubre al 7 de diciembre.**
-

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 obtener más información 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 Silver Rx (Willamette), no tiene que hacer nada. Permanecerá en ATRIO Silver Rx (Willamette).
- Para cambiar a un **plan diferente** que puede adaptarse mejor a sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, debe afiliarse a un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2018**.

- Si **no se afilia a otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, permanecerá en ATRIO Silver Rx (Willamette).
- Si **se afilia a otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2019.

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 Silver Rx (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 Silver Rx (Willamette).
-

H7006_003_ANOC_2019_M

Resumen de costos importantes para 2019

La tabla de abajo compara los costos de 2018 y de 2019 para ATRIO Silver Rx (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)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que este importe. Lea la sección 2.1 para más detalles.	\$88	\$98
Deducible	\$50	\$150
Importes extras máximos Esta es la cantidad <u>máxima</u> que usted pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Lea la sección 2.2 para más detalles).	De proveedores de la red: \$3,400 De proveedores dentro de la red y fuera de la red combinado: \$5,100	De proveedores de la red: \$6,700 De proveedores dentro de la red y fuera de la red combinado: \$10,000
Consultas médicas	Visitas de atención primaria: Dentro de la red \$15 de copago por visita Fuera de la red: \$35 de copago por visita Consultas a especialista: Dentro de la red \$35 de copago por visita Fuera de la red: \$35 de copago por visita	Visitas de atención primaria: Dentro de la red \$15 de copago por visita Fuera de la red: 50% del costo por visita Consultas a especialista: Dentro de la red \$35 de copago por visita Fuera de la red: 50% del costo por visita

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<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>	<p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$200 de copago por día para los días 1-6 • \$0 de copago por día para los días 7-90 • \$0 de copago por día a partir del día 91 <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$300 de copago por día para los días 1-6 • \$0 de copago por día para los días 7-90 	<p>Dentro de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$300 de copago por día para los días 1-6 • \$0 de copago por día para los días 7-90 • \$0 de copago por día a partir del día 91 <p>Fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$300 de copago por día para los días 1-6 • \$0 de copago por día para los días 7-90
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. (Lea la Sección 2.6 para más detalles).</p>	<p>Deducible: \$100</p> <p>Copagos/Coseguros durante la Etapa inicial de cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 1: Copago de \$6 • Medicamentos de nivel 2: Copago de \$15 • Medicamentos de nivel 3: Copago de \$40 • Medicamentos de nivel 4: Copago de \$85 • Medicamentos de nivel 5: 31% del costo • Medicamentos de nivel 6: Copago de \$0 	<p>Deducible: \$200</p> <p>Copagos/Coseguros durante la Etapa inicial de cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 1: Copago de \$6 • Medicamentos de nivel 2: Copago de \$15 • Medicamentos de nivel 3: Copago de \$40 • Medicamentos de nivel 4: Copago de \$85 • Medicamentos de nivel 5: 29% del costo • Medicamentos de nivel 6: Copago de \$0

Notificación anual de cambios para 2019
Índice

Resumen de costos importantes para 2019 1

SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año..... 4

 Sección 2.1 Cambios en la prima mensual 4

 Sección 2.2 - Cambios en los montos máximos de bolsillo..... 4

 Sección 2.3 Cambios en la Red de proveedores 5

 Sección 2.4. Cambios en la Red de farmacias 5

 SECCIÓN 2.5. Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos 6

 Sección 2.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D 10

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir..... 13

 Sección 3.1 – Si decide quedarse en ATRIO Silver Rx (Willamette) 13

 Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan 13

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiarse de plan..... 14

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 14

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados 14

SECCIÓN 7 Preguntas..... 15

 Sección 7.1 – Recibir ayuda de ATRIO Silver Rx (Willamette)..... 15

 Sección 7.2 – Recibir ayuda de Medicare..... 15

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

Sección 2.1 Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual (Debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B).	\$88	\$98
Prima mensual para el paquete de beneficios complementarios opcionales	\$27	\$31

- La prima mensual del plan será *superior* si debe pagar una sanción por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no contar con otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos mayores, deberá pagar un importe adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura Medicare de medicamentos recetados.
- Su prima mensual será menor si recibe una "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos recetados.

Sección 2.2 - Cambios en los montos máximos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud tengan un límite en los pagos adicionales durante el año. Estos límites se llaman "importes extras máximos". 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 extra máximo dentro de la red Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) de los proveedores de la red se tienen en cuenta para su importe extra máximo dentro de la red. La prima de su plan y sus costos por los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para su importe extra máximo dentro de la red.	\$3,400	\$6,700 Una vez que haya pagado \$6,700 de su bolsillo por servicios cubiertos de proveedores de la red, no pagará nada por servicios cubiertos de proveedores de la red por el resto del año calendario.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Importe extra combinado máximo	\$5,100	\$10.000
Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) de los proveedores de la red y fuera de la red se tienen en cuenta para su importe extra combinado máximo. La prima de su plan no se cuenta para el importe extra máximo.		Una vez que haya pagado \$10,000 de su bolsillo por servicios cubiertos, no pagará nada por sus servicios cubiertos de proveedores de la red o fuera de la red por el resto del año calendario.

Sección 2.3 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 2.4. 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 2.5. Cambios en los costos y beneficios de los servicios médicos

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 médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*, en su *Evidencia de cobertura 2019*.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Atención hospitalaria para pacientes internados (agudos)	Dentro de la red: Usted paga <ul style="list-style-type: none"> \$200 de copago por día para los días 1-6 \$0 de copago por día para los días 7-90 \$0 de copago por día a partir del día 91 	Dentro de la red: Usted paga <ul style="list-style-type: none"> \$300 de copago por día para los días 1-6 \$0 de copago por día para los días 7-90 \$0 de copago por día a partir del día 91
Límite máximo de bolsillo (MOOP) para atención hospitalaria de pacientes internados	\$1,200	\$1,800
Centro de enfermería especializada	Dentro de la red: Usted paga <ul style="list-style-type: none"> \$10 de copago por día para los días 1-10 \$20 de copago por día para los días 11-25 \$13.56 por día para los días 26-100 Fuera de la red: Usted paga <ul style="list-style-type: none"> \$30 de copago por día para los días 1-10 \$50 de copago por día para los días 11-25 \$0 por día para los días 26-100 	Dentro de la red: Usted paga <ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por día para los días 1-20 \$85 de copago por día para los días 21-100 Fuera de la red: Usted paga <ul style="list-style-type: none"> \$30 de copago por día para los días 1-100
Servicios de rehabilitación cardíaca	Dentro de la red: Usted paga \$35 de copago Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago	Dentro de la red: Usted paga el 20% del costo total Fuera de la red: Usted paga el 50% del costo total
Servicios de rehabilitación	Dentro de la red: Usted paga \$30 de	Dentro de la red: Usted paga el 20%

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
pulmonar	copago Fuera de la red: Usted paga \$30 de copago	del costo total Fuera de la red: Usted paga el 50% del costo total
Atención de emergencia	Usted paga \$100 de copago	Usted paga \$90 de copago
Cobertura de emergencia/urgencia a nivel mundial	Usted paga \$100 de copago	Usted paga \$90 de copago
Servicios de hospitalización parcial	Dentro de la red: Usted paga \$35 de copago Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago	Dentro de la red: Usted paga el 20% del costo total Fuera de la red: Usted paga el 50% del costo total
Servicios de atención a domicilio	Dentro de la red: Usted paga el 10% del costo total Fuera de la red: Usted paga el 20% del costo total	Dentro de la red: Usted paga el 0% del costo total Fuera de la red: Usted paga el 50% del costo total
Servicios de un proveedor de atención primaria (PCP)	Dentro de la red: Usted paga \$15 de copago Los servicios de administración de la atención de afecciones crónicas ofrecidos por su PCP no tienen coseguro, copago ni deducible si se brindan dentro de la red. No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios dentro de la red prestados por médicos de medicina familiar con una especialización en medicina sobre la obesidad. Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago	Dentro de la red: Usted paga \$15 de copago Fuera de la red: Usted paga el 50% del costo total
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)	Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago	Fuera de la red: Usted paga el 50% del costo total
Servicios de terapia ocupacional	Dentro de la red: Usted paga \$35 de copago Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago	Dentro de la red: Usted paga el 20% del costo total Fuera de la red: Usted paga el 50% del costo total
Servicios de médicos especialistas	Dentro de la red: Usted paga \$35 de copago	Dentro de la red: Usted paga \$35 de copago

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
	<p>Los servicios de administración de la atención de afecciones crónicas ofrecidos por su PCP no tienen coseguro, copago ni deducible si se brindan dentro de la red.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago</p>	<p>Fuera de la red: Usted paga el 50% del costo total</p>
Servicios especializados de salud mental (individuales y grupales)	<p>Dentro de la red: Usted paga \$35 de copago</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el 20% del costo total</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 50% del costo total</p>
Servicios de podiatría (cubiertos por Medicare)	<p>Dentro de la red: Usted paga \$35 de copago</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el 20% del costo total</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 50% del costo total</p>
Otro profesional de atención médica	<p>Dentro de la red: Usted paga \$35 de copago</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el 20% del costo total</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 50% del costo total</p>
Servicios psiquiátricos (individuales y grupales)	<p>Dentro de la red: Usted paga \$35 de copago</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el 20% del costo total</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 50% del costo total</p>
Fisioterapia y servicios de patologías del habla y del lenguaje	<p>Dentro de la red: Usted paga \$35 de copago</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el 20% del costo total</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 50% del costo total</p>
Pruebas/procedimientos de diagnóstico ambulatorios	<p>Dentro de la red: Usted paga \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red: Usted paga \$0 de copago</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el 20% del costo total</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 30% del costo total</p>
Servicios de radiografías	<p>Dentro de la red: Usted paga el 15% del costo total</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 20% del costo total</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el 20% del costo total</p> <p>Fuera de la red: Usted paga el 30% del costo total</p>
Servicios ambulatorios para el abuso de	<p>Dentro de la red: Usted paga \$35 de copago</p>	<p>Dentro de la red: Usted paga el 20% del costo total</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
sustancias (individuales y grupales)	Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago	Fuera de la red: Usted paga el 50% del costo total
Servicios de análisis de sangre ambulatorios	Fuera de la red: Usted paga el 0% del costo total	Fuera de la red: Usted paga el 50% del costo total
Servicios de ambulancia	Dentro de la red: Usted paga \$175 de copago Fuera de la red: Usted paga \$175 de copago	Dentro de la red: Usted paga el 20% del costo total Fuera de la red: Usted paga el 20% del costo total
Equipos médicos duraderos (DME)	Fuera de la red: Usted paga el 30% del costo total	Fuera de la red: Usted paga el 50% del costo total
Insumos médicos/prótesis	Fuera de la red: Usted paga el 30% del costo total	Fuera de la red: Usted paga el 50% del costo total
Insumos para diabéticos, servicios y plantillas/calzado terapéutico	Fuera de la red: Usted paga el 0% del costo total Límites de cantidad de insumos para el monitoreo de glucosa en sangre: Sin límites de cantidad	Fuera de la red: Usted paga el 20% del costo total Límites de cantidad de insumos para el monitoreo de glucosa en sangre: Límite de cantidad de 100 tiras reactivas y 100 lancetas por cada suministro de 90 días para personas que no son insulino dependientes Límite de cantidad de 300 tiras reactivas y 300 lancetas por cada suministro de 90 días para personas que son insulino dependientes Límite de cantidad de 1 dispositivo de lanceta por 6 cada meses tanto para personas insulino dependientes como para personas que no son insulino dependientes Se requiere autorización previa para cantidades que superen este límite de cantidad
Servicios para enfermedad renal en etapa terminal	Fuera de la red: Usted paga el 30% del costo total	Fuera de la red: Usted paga el 50% del costo total
Educación sobre la salud	La educación para la salud está cubierta	La educación para la salud no está cubierta

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	Fuera de la red: Usted paga el 20% del costo total	Fuera de la red: Usted paga el 50% del costo total
Exámenes de audición (cubiertos por Medicare)	Fuera de la red: Usted paga \$35 de copago	Fuera de la red: Usted paga el 50% del costo total

Sección 2.6 – 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 conocer 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 no se le aplique la información sobre costos de los medicamentos recetados de la Parte D. 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. Si 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 del Servicio de atención al cliente se encuentran en la Sección 7.1 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 obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de cobertura* ubicada en nuestro sitio web en atriohp.com).

Cambios en la Etapa deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos de nivel 3, 4 y 5 hasta haber alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$100. Durante esta etapa, paga el costo compartido del plan por los medicamentos de los niveles 1, 2 y 6 y el costo completo de los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5 hasta alcanzar el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$200. Durante esta etapa, paga el costo compartido del plan por los medicamentos de los niveles 1, 2 y 6 y el costo completo de los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5 hasta alcanzar el deducible anual.</p>

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</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, usted pasa a la Etapa inicial de 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.</p> <p>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.</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$6 de copago por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$15 de copago por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferida: Usted paga \$40 de copago por receta.</p> <p>Medicamentos de marca no preferida: Usted paga \$85 de copago por receta.</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga el 31% del costo total.</p> <p>Medicamentos seleccionados: Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de medicamentos alcancen los \$3,750, usted pasará a la próxima etapa (Etapa de brecha de cobertura).</p>	<p>Su costo para el suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$6 de copago por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$15 de copago por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferida: Usted paga \$40 de copago por receta.</p> <p>Medicamento no preferido: Usted paga \$85 de copago por receta.</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga el 29% del costo total.</p> <p>Medicamentos seleccionados: Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos alcancen los \$3,820, usted pasará a la próxima etapa (Etapa de brecha de cobertura).</p>

Cambios en las etapas de período sin cobertura y de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la Etapa de período sin cobertura y de cobertura catastrófica) son para personas con costos de medicamentos mayores. (La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa de período sin cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica. Para más información sobre sus costos en estas etapas, vea el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 en la Evidencia de cobertura.

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si decide quedarse en ATRIO Silver Rx (Willamette)

Para quedarse en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente permanecerá inscrito como miembro de nuestro plan para 2019.

Sección 3.2 – 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.

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 5) o llame a Medicare (vea la Sección 7.2).

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.**

Como recordatorio, los planes de salud ATRIO ofrecen otros planes de salud Medicare. Estos otros planes pueden diferenciarse en su cobertura, primas mensuales e importes de reparto de costo.

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 Silver Rx (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 Silver Rx (Willamette).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, 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 7.1 de este folleto).
 - – *O* – 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 TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiarse de plan

Si desea cambiarse a un plan distinto o a Medicare original para el próximo año, lo puede hacer desde el 15 de octubre hasta 7 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, 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. 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 2019 y no le gusta su opción del plan, puede cambiarse a otro plan de salud Medicare (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos recetados) o cambiarse 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 2.2 de la Evidencia de cobertura.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

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>.

SECCIÓN 6 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.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para obtener “Ayuda adicional” para pagar sus costos de medicamentos recetados. Si usted reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y los coseguros. Además, aquellos que reúnan los requisitos no tendrán una brecha de cobertura ni deberán pagar una sanción por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos y no lo saben. Para saber si califica, 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 (solicitudes) o a
 - la oficina de Medicaid del 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 7 Preguntas

Sección 7.1 – Recibir ayuda de ATRIO Silver Rx (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* de ATRIO Silver Rx (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. Se incluye en este sobre una copia de la Evidencia de cobertura.

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 7.2 – 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 TTY deben llamar al 1-877-486-2048.