

# AVISO ANUAL DE CAMBIOS 2018

**Alignment Health Plan  
My Choice Plan (HMO) 001**

Condados de Los Angeles, Orange,  
Riverside y San Bernardino



# Alignment Health Plan My Choice (HMO) es ofrecido por Alignment Health Plan

## Aviso anual de cambios para 2018

Actualmente está inscrito como miembro de Alignment Health Plan My Choice (HMO). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
- 

### Qué debe hacer ahora

#### 1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a su situación.

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
  - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
  - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
  - Consulte las Secciones 1.5 y 1.6 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- En el folleto, verifique los cambios en nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan a usted.
  - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
  - ¿Sus medicamentos están en otro nivel, con un costo compartido diferente?
  - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como por ejemplo necesita nuestra aprobación antes de obtener un medicamento con receta?
  - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Cambió el costo por usar esta farmacia?
  - Revise la Lista de medicamentos de 2018 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
- Piense acerca de los costos de atención de la salud generales.
  - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos recetados que utiliza habitualmente?
  - ¿Cuánto dinero gastará en las primas y en los deducibles?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

**2. COMPARE:** Obtenga información sobre otras opciones del plan.

Verifique 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 “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).
- Revise la lista en la parte posterior del manual *Medicare & You* (Medicare y Usted).
- Consulte la Sección 4.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

Una vez que delimite sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y la cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si desea **seguir** con Alignment Health Plan My Choice (HMO), no será necesario que haga nada. Permanecerá en Alignment Health Plan My Choice (HMO).
- Para cambiarse a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

**4. INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, inscríbase en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2017**.

- Si **no se inscribe antes del 7 de diciembre de 2017**, permanecerá en Alignment Health Plan My Choice (HMO).
- Si se **inscribe antes del 7 de diciembre de 2017**, la nueva cobertura empezará el 1 de enero de 2018.

**Recursos adicionales**

- Este documento está disponible en inglés en forma gratuita.
- Para obtener información adicional, llame al Departamento de Servicios para los miembros al 1-877-399-2247. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), y de lunes a viernes desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados).
- This information is available for free in other languages. Please contact our Member Services number at 1-866-634-2247 for additional information. (TTY users should call 711). Hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week (except Thanksgiving and Christmas) from October 1 through February 14, and Monday to Friday (except holidays) from February 15 through September 30.
- Si desea recibir este *Aviso anual de cambios* en un formato alternativo (por ejemplo, braille o letra grande), comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros

llamando al 1-877-399-2247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), y de lunes a viernes desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados).

- **La cobertura de este plan califica como MEC** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Medidas de Protección del Paciente y Cuidado de Bajo Costo (ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

### **Acerca de Alignment Health Plan My Choice (HMO)**

- Alignment Health Plan es un plan HMO, HMO POS y HMO SNP que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan My Choice (HMO) depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Alignment Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Alignment Health Plan My Choice (HMO).

Alignment Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. **ATENCIÓN:** si usted habla español o chino, tiene a su disposición servicios de asistencia con el idioma gratuitos. Llame al 1-877-399-2247 (TTY: 711).

Alignment Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. **ATTENTION:** If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-634-2247 (TTY: 711).

Alignment Health Plan遵守所有聯邦民權法的規定，沒有種族、膚色、出生國、年齡、殘障或性別的歧視。注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-634-2247 (TTY: 711)。

## Resumen de costos importantes para 2018

La siguiente tabla compara los costos de 2017 y 2018 para Alignment Health Plan My Choice (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este *Aviso anual de cambios* y revisar la *Evidencia de cobertura* que se adjunta para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan.**

| Costo  | 2017 (este año)   | 2018 (próximo año)  |
|--|---|---|
| <b>Prima mensual del plan*</b><br>* Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.  | \$0   | \$0   |
| <b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b><br>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles). | \$3,400   | \$3,400   |
| <b>Consultas en el consultorio del médico</b>  | Consultas de atención primaria:<br>copago de \$0 por consulta<br><br>Consultas a especialistas:<br>copago de \$0 por consulta | Consultas de atención primaria:<br>copago de \$0 por consulta<br><br>Consultas a especialistas:<br>Copago de \$0 por consulta |

| Costo  | 2017 (este año)   | 2018 (próximo año)   |
|--|---|--|
| <p><b>Estadías como paciente internado en un hospital</b><br/>Incluye cuidados agudos, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado.</p> | <p>Copago de \$100 del día 1 al 3<br/>Copago de \$0 del día 4 al 90<br/>(cantidad ilimitada de días <b>por internación</b>)</p>   | <p>Copago de \$50 del día 1 al 3<br/>Copago de \$0 del día 4 al 90<br/>(cantidad ilimitada de días <b>por internación</b>)</p>   |
| <p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b><br/>(Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).</p>  | <p>Deducible: \$0<br/>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos genéricos preferidos, Nivel 1 (30 días) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costo compartido preferido: Copago de \$3</li> <li>- Costo compartido estándar: Copago de \$10</li> </ul> </li> <li>• Medicamentos genéricos, Nivel 2 (30 días) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costo compartido preferido: Copago de \$5</li> <li>- Costo compartido estándar: Copago de \$12</li> </ul> </li> <li>• Medicamentos de marca preferidos, Nivel 3 (30 días) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costo compartido preferido: Copago de \$30</li> <li>- Costo compartido</li> </ul> </li> </ul> | <p>Deducible: \$0<br/>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos genéricos preferidos, Nivel 1 (30 días) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costo compartido preferido: Copago de \$1</li> <li>- Costo compartido estándar: Copago de \$8</li> </ul> </li> <li>• Medicamentos genéricos, Nivel 2 (30 días) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costo compartido preferido: Copago de \$5</li> <li>- Costo compartido estándar: Copago de \$12</li> </ul> </li> <li>• Medicamentos de marca preferidos, Nivel 3 (30 días) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costo compartido preferido: Copago de \$30</li> <li>- Costo compartido</li> </ul> </li> </ul> |

| Costo | 2017 (este año)  | 2018 (próximo año)   |
|-------|--|--|
|       | <p>estándar: Copago de \$37</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de marca no preferidos, Nivel 4 (30 días)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costo compartido preferido: Copago de \$75</li> <li>- Costo compartido estándar: Copago de \$82</li> </ul> </li> <li>• Medicamentos especializados, Nivel 5 (30 días): Coseguro del 33%</li> <li>• Medicamentos de atención selecta, Nivel 6:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costo compartido preferido/estándar (30 días): Copago de \$3</li> <li>- Costo compartido preferido/estándar (de 61 a 100 días): Copago de \$0</li> </ul> </li> </ul> | <p>estándar: Copago de \$37</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de marca no preferidos, Nivel 4 (30 días)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costo compartido preferido: Copago de \$75</li> <li>- Costo compartido estándar: Copago de \$82</li> </ul> </li> <li>• Medicamentos especializados, Nivel 5 (30 días): Coseguro del 33%</li> <li>• Medicamentos de atención selecta, Nivel 6:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costo compartido preferido/estándar (30 días): Copago de \$3</li> <li>- Costo compartido preferido/estándar (de 61 a 100 días): Copago de \$0</li> </ul> </li> </ul> |

## ***Aviso anual de cambios para 2018***

### **Índice**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Resumen de costos importantes para 2018 .....</b>                                  | <b>1</b>  |
| <b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....</b>          | <b>5</b>  |
| Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual .....                                       | 5         |
| Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo .....                | 5         |
| Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....                                   | 6         |
| Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....                                     | 6         |
| Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....        | 7         |
| Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D..... | 8         |
| <b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>                                   | <b>12</b> |
| Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Alignment Health Plan My Choice (HMO) ..... | 12        |
| Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan .....  | 12        |
| <b>SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan .....</b>                                   | <b>13</b> |
| <b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>    | <b>13</b> |
| <b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta .....</b>       | <b>14</b> |
| <b>SECCIÓN 6 Preguntas.....</b>   | <b>14</b> |
| Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Alignment Health Plan My Choice (HMO).....        | 14        |
| Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare .....                                    | 15        |



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

### Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

| Costo   | 2017 (este año) | 2018 (próximo año) |
|---|-----------------|--------------------|
| <b>Prima mensual</b><br>(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare). | \$0             | \$0                |

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía de la Parte D por no tener otra cobertura para medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura para medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) por 63 días o más si se inscribe en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare en el futuro.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta.

### Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B por el resto del año.

| Costo   | 2017 (este año) | 2018 (próximo año)   |
|---|-----------------|--|
| <b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b><br>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. Sus costos del plan para medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. | \$3,400         | \$3,400<br><br>Una vez que haya pagado \$3,400 de su bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de las Partes A y B por el resto del año calendario. |

---

## Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

---

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web [alignmenthealthplan.com](http://alignmenthealthplan.com) se encuentra disponible un *Directorio de proveedores* actualizado. También puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores*. **Revise el *Directorio de proveedores de 2018* para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que, durante el año, es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, Medicare solicita que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Realizaremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso que explicará que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

---

## Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

---

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, que pueden ofrecerle un costo compartido menor que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web [alignmenthealthplan.com](http://alignmenthealthplan.com) se encuentra disponible un *Directorio de farmacias* actualizado. También puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de farmacias*. **Revise el *Directorio de farmacias de 2018* para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

## Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2018*.

| Costo  | 2017 (este año)   | 2018 (próximo año)  |
|--|---|---|
| <b>Pacientes internados en un hospital (enfermedades agudas)</b> | Usted paga<br>Copago de \$100 del día 1 al 3<br>Copago de \$0 del día 4 al 90<br>(cantidad ilimitada de días <b>por internación</b> )   | Usted paga<br>Copago de \$50 del día 1 al 3<br>Copago de \$0 del día 4 al 90<br>(cantidad ilimitada de días <b>por internación</b> )    |
| <b>Servicios de atención de urgencia</b>                         | Copago de \$0 a \$25<br><br>(no se cobra si lo internan en un plazo de 24 horas)  | Copago de \$0 a \$10<br><br>(no se cobra si lo internan en un plazo de 24 horas)  |
| <b>Cobertura de emergencia/urgencia mundial</b>                  | Usted paga un copago de \$0<br><br>Cobertura internacional de hasta \$7,500 por año   | Usted paga un copago de \$0<br><br>Cobertura internacional de hasta \$25,000 por año  |
| <b>Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC)</b>       | Usted paga un copago de \$50  | Usted paga un copago de \$0   |
| <b>Transporte</b>  | Usted paga un copago de \$0 para 22 viajes de ida o de vuelta a lugares aprobados por el plan por año (dentro de un radio de 20 millas) | Usted paga un copago de \$0 para 22 viajes de ida o de vuelta a lugares aprobados por el plan por año (dentro de un radio de 25 millas) |

| Costo  | 2017 (este año)   | 2018 (próximo año)  |
|--|---|---|
| <b>Servicios odontológicos (preventivos)</b> | Copago de \$0 (solo beneficios odontológicos limitados cubiertos por Medicare)<br>Sin beneficios: No se cubren los servicios odontológicos preventivos ni integrales. | Preventivos (rutina):<br>Copago de \$0 para:<br>1 examen bucal cada 6 meses<br>1 limpieza cada 6 meses<br>*1 radiografía cada 3 años<br>*1 tratamiento con flúor cada 6 meses<br><br>Copago de hasta \$20 por el tratamiento con flúor, y hasta \$30 para radiografías. |
| <b>Servicios odontológicos (integrales)</b>  | Sin beneficios  | “Copago de \$0 a \$425 para los beneficios odontológicos cubiertos por Medicare. Se aplican copagos para los beneficios odontológicos adicionales”.<br><br>Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de \$1,250 por año.   |

## Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. En nuestro sitio web [alignmenthealthplan.com](http://alignmenthealthplan.com), se encuentra disponible una Lista de medicamentos cubiertos actualizada. También puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros al 1-877-399-2247 para obtener información actualizada sobre los medicamentos o para solicitarnos que le enviemos una Lista de medicamentos cubiertos.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta, puede hacer lo siguiente:

- **Trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento.
  - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame al Departamento de Servicios para los miembros.
- **Hablar con su médico (o con otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar otro medicamento** que cubramos. Puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un **único** suministro temporal de un medicamento que no esté en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o en los primeros 90 días de la membresía para evitar un período sin atención en el tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

Los miembros que reciban medicamentos como resultado de una excepción aprobada al Formulario recibieron una carta en la que se les informaba cuándo vencería la excepción. Antes de la fecha de vencimiento que se especifica en la carta, se debe enviar una nueva solicitud de excepción al formulario para garantizar la continuidad del tratamiento.

### **Cambios en los costos de los medicamentos con receta**

*Nota:* Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D que no aplique para usted.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y no recibió este documento antes del 30 de septiembre, llame al Departamento de Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”. En la Sección 6.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. La cantidad que pague por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede buscar en Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a

las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* que se adjunta).

### Cambios en la Etapa del deducible

| Etapa                                     | 2017 (este año)  | 2018 (próximo año)   |
|---|--|--|
| <b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b> | Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso. | Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso. |

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

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos* del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

|   | 2017 (este año)   | 2018 (próximo año)   |
|---|---|--|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de los medicamentos con receta pedidos por correo o para un suministro a largo plazo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p><b>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus</b></p> | <p>Costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:</b><br/>Costo compartido estándar:<br/>Usted paga: \$10 por medicamento con receta<br/>Costo compartido preferido:<br/>Usted paga \$3 por medicamento con receta</p> <p><b>Nivel 2: medicamentos genéricos:</b><br/>Costo compartido estándar:<br/>Usted paga: \$12 por medicamento con receta<br/>Costo compartido preferido:<br/>Usted paga \$5 por medicamento con receta</p> <p><b>Nivel 3: medicamentos de</b></p> | <p>Costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:</b><br/>Costo compartido estándar:<br/>Usted paga: \$8 por medicamento con receta<br/>Costo compartido preferido:<br/>Usted paga \$1 por medicamento con receta</p> <p><b>Nivel 2: medicamentos genéricos:</b><br/>Costo compartido estándar:<br/>Usted paga: \$12 por medicamento con receta<br/>Costo compartido preferido:<br/>Usted paga \$5 por medicamento con receta</p> <p><b>Nivel 3: medicamentos de</b></p> |

**medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.**

**marca preferidos:**

Costo compartido estándar:  
Usted paga: \$37 por medicamento con receta

Costo compartido preferido:  
Usted paga \$30 por medicamento con receta

**Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos:**

Costo compartido estándar:  
Usted paga: \$82 por medicamento con receta

Costo compartido preferido:  
Usted paga \$75 por medicamento con receta

**Nivel 5: medicamentos especializados:**

Costo compartido estándar:  
Usted paga: 33% del costo total

Costo compartido preferido:  
Usted paga el 33% del costo total

**Nivel 6: medicamentos de atención selecta:**

Costo compartido estándar:  
Usted paga: \$3 por medicamento con receta

Costo compartido preferido:  
Usted paga \$3 por medicamento con receta

---

Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,700, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).

**marca preferidos:**

Costo compartido estándar:  
Usted paga: \$37 por medicamento con receta

Costo compartido preferido:  
Usted paga \$30 por medicamento con receta

**Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos:**

Costo compartido estándar:  
Usted paga: \$82 por medicamento con receta

Costo compartido preferido:  
Usted paga \$75 por medicamento con receta

**Nivel 5: medicamentos especializados:**

Costo compartido estándar:  
Usted paga: 33% del costo total

Costo compartido preferido:  
Usted paga el 33% del costo total

**Nivel 6: medicamentos de atención selecta:**

Costo compartido estándar:  
Usted paga: \$3 por medicamento con receta

Costo compartido preferido:  
Usted paga \$3 por medicamento con receta

---

Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,750, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).

## **Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos (la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas) son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

## **SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir**

### **Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Alignment Health Plan My Choice (HMO)**

**Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada.** Si no se registra para un plan diferente ni se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2018.

### **Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan**

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2018, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

#### **Paso 1: conozca y compare sus opciones**

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare o si compra una póliza complementaria de Medicare (Medigap).

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2018 (Medicare y Usted 2018)*, llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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

Como recordatorio, Alignment Health Plan ofrece otros planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos.



## Paso 2: cambie su cobertura

- Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente, inscríbese en un plan nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Alignment Health Plan My Choice (HMO).
- Para cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Alignment Health Plan My Choice (HMO).
- Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta, usted tiene las siguientes opciones:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con Servicios para los miembros (en la Sección 6.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono).
  - *O bien*, póngase en contacto con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2018.

### ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen cobertura del empleador o la están dejando, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2018 y no está satisfecho con su opción de plan, puede cambiar a Original Medicare desde el 1 de enero hasta el 14 de febrero de 2018. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se denomina Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP).

El HICAP es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar

asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y **en forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del HICAP pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. O bien, puede llamar al HICAP al 1-800-434-0222. Puede obtener más información sobre HICAP en su sitio web (<https://www.aging.ca.gov/hicap/>).

## SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán supeditadas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame a cualquiera de las siguientes instituciones:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
  - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
  - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).

## SECCIÓN 6 Preguntas

### Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Alignment Health Plan My Choice (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Departamento de Servicios para los miembros al 1-877-399-2247. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), y de lunes a viernes desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados). Las llamadas a este número son gratuitas.

## **Lea su *Evidencia de cobertura* de 2018 (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2018. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2018 para Alignment Health Plan My Choice (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos recetados. En este sobre se incluye una copia de la *Evidencia de cobertura*.

### **Visite nuestro sitio web**

También puede encontrar información en nuestro sitio web en [alignmenthealthplan.com](http://alignmenthealthplan.com). Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (*Formulario/Lista de medicamentos*).

---

## **Sección 6.2 – Cómo recibir 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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Visite la página web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para consultar la información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos)).

### **Lea *Medicare & You 2018* (Medicare y usted 2018)**

Puede leer el manual *Medicare & You 2018* (Medicare y Usted 2018). Cada año, en otoño, se envía este folleto por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.





## Departamento de Servicios para los miembros de Alignment Health Plan (HMO)

| Método            | Información de contacto del Departamento de Servicios para los miembros   |
|-------------------|---|
| <b>LLAME AL</b>   | <p>1-877-399-2247</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), y de lunes a viernes desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados).</p> <p>El Departamento de Servicios para los miembros también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.</p> |
| <b>TTY</b>        | <p>711</p> <p>Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), y de lunes a viernes desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados).</p>       |
| <b>FAX</b>        | 1-323-728-1460  |
| <b>ESCRIBA A</b>  | <p>Alignment Health Plan<br/>Atención: Member Services Department<br/>1100 W. Town and Country Rd.<br/>Suite 300<br/>Orange, CA 92868</p>   |
| <b>PÁGINA WEB</b> | <a href="http://alignmenthealthplan.com">alignmenthealthplan.com</a>  |

## Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) (SHIP de California)

El Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

| Método            | Información de contacto  |
|-------------------|--|
| <b>LLAME AL</b>   | 1-800-434-0222   |
| <b>ESCRIBA A</b>  | <p>California Department of Aging<br/>1300 National Drive, Suite 200<br/>Sacramento, CA 95834-1992</p> |
| <b>PÁGINA WEB</b> | <a href="http://www.aging.ca.gov/hicap/default.aspx">http://www.aging.ca.gov/hicap/default.aspx</a>    |