

Notificación anual de modificaciones para el año 2017

Actualmente se encuentra inscrito como miembro de TexanPlus Classic (HMO). El año próximo, habrá algunas modificaciones en los costos y beneficios del plan. *En este libro, encontrará información acerca de las modificaciones.*

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

Recursos adicionales

- This information is available for free in other languages.
- Please contact our Member Services number at (866) 230-2513 for additional information. (TTY users should call 711.) Hours are seven days a week from 8 a.m. to 8 p.m.
- Member Services also has free language interpreter services available for non-English speakers.
- Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Por favor, póngase en contacto con nuestro número de servicios al miembro al (866) 230-2513 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar 711). Horas son 8:00 a.m. a 8:00 p.m. en la zona horaria local, 7 días a la semana.
- Servicios para Miembros también dispone de intérprete de lengua para quienes no hablan inglés.
- Debemos brindar información de forma tal que a usted le sirva (en idiomas inglés, braille, letra grande o en otros formatos alternativos, etc.).
- Cobertura esencial mínima (MEC): la cobertura en función de este Plan califica como cobertura esencial mínima (minimum essential coverage, MEC) y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Internal Revenue Service (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información sobre el requisito individual para la MEC.

Acerca de TexanPlus Classic (HMO)

- TexanPlus[®] HMO es un plan de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en TexanPlus[®] HMO depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este libro dice “nosotros”, “nos” o “nuestro” con sus variantes, significa SelectCare of Texas, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa TexanPlus Classic (HMO).

Piense en su cobertura de Medicare para el año próximo

Cada otoño, Medicare le permite modificar su cobertura médica y de medicamentos de Medicare durante el Período de inscripción anual. Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que se ajuste a sus necesidades el año próximo.

Medidas importantes que debe tomar:

- **Verificar las modificaciones en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.** Las modificaciones, ¿afectan los servicios que usted utiliza? Es importante revisar las modificaciones en los beneficios y costos para asegurarse de que estos le sean útiles el año próximo. Consulte la Sección 1.1 y la Sección 1.5 para obtener información sobre modificaciones de costo y beneficios en nuestro plan.
- **Verificar las modificaciones en nuestra cobertura de medicamentos recetados para saber si le afectan.** ¿Tendrán cobertura sus medicamentos? ¿Se encuentran en un nivel diferente? ¿Puede continuar utilizando las mismas farmacias? Es importante revisar las modificaciones para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos le sea útil el año próximo. Consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre modificaciones a nuestra cobertura de medicamentos.
- **Verificar si sus médicos y otros proveedores serán parte de nuestra red el año próximo.** ¿Se encuentran sus médicos en nuestra red? ¿Qué sucede con los hospitales u otros proveedores que utiliza? Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- **Considerar sus costos de atención médica generales.** ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que utiliza habitualmente? ¿Cuánto gastará en su prima? ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura de Medicare?
- **Considerar si está conforme con nuestro plan.**

Si decide permanecer en TexanPlus Classic (HMO):

Si desea permanecer en nuestro plan el año próximo, es fácil: no tiene que hacer nada.

Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura se ajustará mejor a sus necesidades, puede cambiarse de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Si se inscribe en un nuevo plan, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2017. Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.

Resumen de costos importantes para 2017

La siguiente tabla compara los costos de los años 2016 y 2017 de TexanPlus Classic (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de las modificaciones.**

Es importante que lea el resto de esta *Notificación anual de modificaciones* y que revise la *Evidencia de cobertura* adjunta, para saber si le afectan las demás modificaciones de beneficios o costos.

Costo	2016 (este año)	2017 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Es posible que su prima tenga un costo superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0.00	\$0.00
Monto máximo de bolsillo Este es el <u>monto máximo</u> que pagará de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles)	\$3,400.00	\$3,400.00
Visitas al consultorio médico	Visitas de atención primaria: \$0.00 por visita Visitas a especialistas: \$35.00 por visita	Visitas de atención primaria: \$0.00 por visita Visitas a especialistas: \$35.00 por visita
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye atención aguda, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que ingrese formalmente al hospital con la orden de un médico. El día anterior al día que le den de alta es su último día como paciente internado.	Copago de \$295.00 para cada hospitalización cubierta por Medicare.	Copago de \$295.00 para cada hospitalización cubierta por Medicare.

Costo	2016 (este año)	2017 (próximo año)
Cobertura de medicamentos recetados Parte D	Copago durante la Etapa de cobertura inicial:	Copago durante la Etapa de cobertura inicial:
(Participación en los costos estándar para un suministro de 30 días)	Nivel 1 de medicamentos: \$0.00	Nivel 1 de medicamentos: \$0.00
(Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles)	Nivel 2 de medicamentos: \$5.00	Nivel 2 de medicamentos: \$5.00
	Nivel 3 de medicamentos: \$40.00	Nivel 3 de medicamentos: \$40.00
	Nivel 4 de medicamentos: \$80.00	Nivel 4 de medicamentos: \$80.00
	Nivel 5 de medicamentos: 33 %	Nivel 5 de medicamentos: 33 %

Notificación anual de modificaciones para el año 2017

Índice

Piense en su cobertura de Medicare para el año próximo	1
Resumen de costos importantes para 2017	2
SECCIÓN 1 Modificaciones en los beneficios y costos para el año próximo	5
Sección 1.1 – Modificaciones en la prima mensual	5
Sección 1.2 – Modificaciones en el monto máximo de bolsillo	5
Sección 1.3 – Modificaciones en la red de proveedores	6
Sección 1.4 – Modificaciones en la red de farmacias	6
Sección 1.5 – Modificaciones en los beneficios y costos por servicios médicos	7
Sección 1.6 – Modificaciones en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	8
SECCIÓN 2 Otras modificaciones	11
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	14
Sección 3.1 – Si desea permanecer en TexanPlus Classic (HMO)	14
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	14
SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan	15
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	16
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados	16
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	17
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de TexanPlus Classic (HMO)	17
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	17

SECCIÓN 1 Modificaciones en los beneficios y costos para el año próximo

Sección 1.1 – Modificaciones en la prima mensual

Costo	2016 (este año)	2017 (próximo año)
Prima mensual	\$0.00	\$0.00
(También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).		

- Su prima mensual del plan será *mayor* si tiene que pagar una sanción por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener 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 superiores, es posible que deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- El monto de su prima mensual será *inferior* si recibe “Ayuda adicional” para los costos de sus medicamentos recetados.

Sección 1.2 – Modificaciones en el monto máximo de bolsillo

Para su protección, Medicare exige a todos los planes de salud limitar el monto “de bolsillo” que usted paga durante el año. Este límite se denomina “monto máximo de bolsillo”. Una vez que usted alcanza este monto, por lo general no pagará ningún costo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Costo	2016 (este año)	2017 (próximo año)
Monto máximo de bolsillo	\$3,400.00	\$3,400.00
Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) se toman en cuenta para su monto máximo de bolsillo.		Una vez que haya pagado el monto de \$3,400.00 por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no deberá pagar nada por dichos servicios durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Modificaciones en la red de proveedores

Se realizaron modificaciones en nuestra red de proveedores para el año próximo. Puede encontrar un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web: www.TexanPlus.com. También puede llamar a Servicios a los Miembros para obtener información actualizada de proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores por correo. **Revise el Directorio de proveedores de 2017 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que realizamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen diversas razones por las que es posible que su proveedor deje su plan, pero si su médico o especialista lo dejan usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede variar durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas cualificados.
- Cuando sea posible, le notificaremos con al menos 30 días de anticipación que su proveedor va a dejar nuestro plan, para que disponga de tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor cualificado que continúe atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si se encuentra en tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y colaboraremos con usted para garantizarlo, que el tratamiento médicamente necesario que esté recibiendo no se vea interrumpido.
- Si piensa que no le hemos proporcionado un proveedor cualificado para sustituir a su proveedor anterior o que su atención no se está gestionando correctamente, tiene derecho a presentar una apelación contra nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista va a dejar su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a gestionar su atención.

Sección 1.4 – Modificaciones en la red de farmacias

Es posible que los montos que paga por sus medicamentos recetados dependan de la farmacia que utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se adquieren en una de nuestras farmacias de la red.

El año próximo, se realizarán modificaciones en nuestra red de farmacias. Puede encontrar un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web: www.TexanPlus.com. También puede llamar a Servicios a los Miembros para obtener información actualizada de proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias por correo. **Consulte el Directorio de farmacias de 2017 para saber qué farmacias forman parte de nuestra red.**

Sección 1.5 – Modificaciones en los beneficios y costos por servicios médicos

El año próximo, modificaremos nuestra cobertura de ciertos servicios médicos. La información que aparece a continuación describe estas modificaciones. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*, de la *Evidencia de cobertura de 2017*.

	2016 (este año)	2017 (próximo año)
Servicios dentales	<p>Beneficio máximo Límite en el número de visitas – consulte la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) de 2016 para conocer los detalles.</p> <p>Límite en el número de visitas – consulte la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) de 2016 para conocer los detalles.</p>	<p>Beneficio máximo Beneficio máximo de \$500.00 al año para visitas odontológicas integrales.</p> <p>Beneficio máximo de \$500.00 al año para visitas odontológicas preventivas.</p>
Programas de educación para la salud y el bienestar	<p>Dentro de la red No disponibles</p> <p>No disponibles</p>	<p>Dentro de la red Cuota de membresía anual única de \$25.00 para utilizar los centros de actividad física Silver&Fit®.</p> <p>Cuota de membresía anual de \$10.00 para kit de actividad física en el hogar; se limita a 2 kits por año de beneficios.</p>
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria	<p>Dentro de la red Copago de \$155.00 para cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$145.00 para cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>
Servicios de rehabilitación pulmonar	<p>Dentro de la red Copago de \$35.00 para servicios de rehabilitación</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$30.00 para servicios de rehabilitación</p>

	2016 (este año)	2017 (próximo año)
	pulmonar cubiertos por Medicare.	pulmonar cubiertos por Medicare.
Examen de detección del cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT).	Dentro de la red No disponibles	Dentro de la red No hay coseguros, copagos ni deducibles para la visita de toma de decisiones compartidas y asesoramiento cubierta por Medicare ni para la tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT).

Sección 1.6 – Modificaciones en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Modificaciones en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Hay una copia de nuestra Lista de medicamentos en este sobre.

Realizamos modificaciones en nuestra Lista de medicamentos, incluidas las modificaciones en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Consulte la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tengan cobertura el año próximo y para saber si existirá alguna restricción.**

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

- **Trabajar con su médico (u otra persona que recete medicamentos) y solicitar al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Recomendamos a nuestros miembros actuales** que soliciten una excepción antes del próximo año.
 - Para obtener información sobre qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicios a los Miembros.
- **Trabajar con su médico (o persona que recete) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a Servicios a los Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica.

En algunos casos, debemos cubrir un suministro temporal **por única** un medicamento que no esté en el formulario en los primeros 90 días de cobertura del año del plan o cobertura. (Para obtener más información acerca de cuándo puede obtener un suministro temporal y de cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2, de la *Evidencia de cobertura*). Durante el tiempo en que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se le acabe su suministro temporal. Usted puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan, o solicitarle al plan que haga una excepción en su caso y cubra su medicamento actual.

Si recibe una excepción al Formulario en 2016, según el medicamento, es posible que la mayoría de las excepciones al Formulario se concedan por un mínimo de 1 año a partir de la fecha en que la excepción al Formulario fue aprobada originalmente.

Modificaciones en los costos de medicamentos recetados

Nota Si usted se encuentra en un programa que le ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos para los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique en su caso.** Hemos incluido un folleto por separado denominado “Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos recetados” (también llamado “Cláusula de subsidio para personas de bajos ingresos” [Low Income Subsidy, LIS] o la “Cláusula LIS”) que le brinda información sobre su costo de medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este folleto antes del 1 de octubre de 2016, comuníquese con Servicios a los Miembros y solicite la “Cláusula LIS”. Los números de teléfono de Servicios a los Miembros se encuentran en la Sección 7.1 de este libro.

Existen cuatro “etapas de pago de medicamentos”. El monto que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentra. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información acerca de las etapas).

La información que se incluye a continuación muestra las modificaciones para el próximo año realizadas en las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanza las otras dos etapas: la Etapa de período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situación catastrófica. Para obtener información sobre los montos que paga en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de la *Evidencia de cobertura* adjunta).

Modificaciones en la Etapa de deducible

Etapa	2016 (este año)	2017 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no es aplicable en su caso.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no es aplicable en su caso.

Modificaciones en el monto de participación en los costos durante la Etapa de cobertura inicial

Para obtener información acerca de cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos de bolsillo que posiblemente deba pagar por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2016 (este año)	2017 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga la suya.</p> <p>Los costos en este nivel son por un suministro para un mes (30 días) cuando adquiere sus medicamentos recetados en una farmacia de la red con participación en los costos estándar. Para obtener información sobre los costos para un suministro a largo plazo; en una farmacia de la red que ofrece participación de costos preferida; o para medicamentos de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para determinar si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>El monto que paga por un suministro para un mes adquirido en una farmacia de la red con una participación en los costos estándar:</p> <p>Nivel 1: Usted paga \$0.00 por receta</p> <p>Nivel 2: Usted paga \$5.00 por receta</p> <p>Nivel 3: Usted paga \$40.00 por receta</p> <p>Nivel 4: Usted paga \$80.00 por receta</p> <p>Nivel 5: Usted paga el 33% por receta</p>	<p>El monto que paga por un suministro para un mes adquirido en una farmacia de la red con una participación en los costos estándar:</p> <p>Nivel 1: Usted paga \$0.00 por receta</p> <p>Nivel 2: Usted paga \$5.00 por receta</p> <p>Nivel 3: Usted paga \$40.00 por receta</p> <p>Nivel 4: Usted paga \$80.00 por receta</p> <p>Nivel 5: Usted paga el 33% por receta</p>
	<p>Cuando sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$3,310, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa de período sin cobertura).</p>	<p>Cuando sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$3,700, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa de período sin cobertura).</p>

Modificaciones a la Etapa de período sin cobertura y a la Etapa de cobertura en situación catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la Etapa de período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situación catastrófica) son para personas que tienen costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa de período sin cobertura ni la Etapa de cobertura en situación catastrófica.** Para obtener información sobre los montos que paga en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Otras modificaciones

Costo	2016 (este año)	2017 (próximo año)
atención de emergencia	<p>Si ingresa al hospital por atención hospitalaria para pacientes internados dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago para la visita a sala de emergencias.</p> <p>Si se somete a cirugía como paciente ambulatorio dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago para la visita a sala de emergencias y sí se aplica la participación en los costos para cirugía de pacientes ambulatorios correspondiente.</p> <p>Si usted recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, debe recibir atención como paciente internado en el</p>	<p>Si ingresa al hospital por atención hospitalaria para pacientes internados dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago para la visita a sala de emergencias.</p> <p>Si se somete a cirugía como paciente ambulatorio dentro de las 24 horas por la misma afección, no se aplica el copago para la visita a sala de emergencias y sí se aplica la participación en los costos para cirugía de pacientes ambulatorios correspondiente.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que su</p>

Costo	2016 (este año)	2017 (próximo año)
	<p>hospital fuera de la red autorizado por el plan, y su costo es la participación en los costos que pagaría en un hospital de la red.</p>	<p>afección de emergencia se haya estabilizado, debe trasladarse a un hospital de la red para pagar el monto de participación en los costos dentro de la red para la parte de su internación una vez que se haya estabilizado.</p> <p>Si se interna en un hospital fuera de la red, su internación será cubierta pero deberá pagar el monto de participación en los costos fuera de la red para la parte de su internación una vez que se haya estabilizado.</p> <p>Actualmente, los programas de Medicare y Medicare Advantage no reconocen las Salas de emergencias independientes, que son distintas y están separadas de los hospitales, como proveedores calificados para brindar servicios de emergencia. Los servicios recibidos en salas de emergencias independientes no estarán cubiertos por TexanPlus Classic (HMO) y serán</p>

Costo	2016 (este año)	2017 (próximo año)
		responsabilidad financiera del miembro.
Atención de urgencia	Además de la participación en los costos antes mencionada, habrá un copago y/o coseguro para los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare para equipos médicos duraderos y suministros relacionados, dispositivos protésicos y suministros relacionados, pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios, medicamentos recetados de la Parte D y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, según se describe en este Cuadro de beneficios. Si ingresa en el nivel de atención aguda para pacientes internados después de haber estado en un centro de atención de urgencia, quedará eximido de la participación en los costos mencionada y se aplicará la participación en los costos para atención hospitalaria para pacientes internados.	Además de la participación en los costos antes mencionada, habrá un copago y/o coseguro para los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare para equipos médicos duraderos y suministros relacionados, dispositivos protésicos y suministros relacionados, pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios, medicamentos recetados de la Parte D y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, según se describe en este Cuadro de beneficios. Si ingresa en el nivel de atención aguda para pacientes internados después de haber estado en un centro de atención de urgencia, quedará eximido de la participación en los costos mencionada y se aplicará la participación en los costos para atención hospitalaria para pacientes internados.

Costo	2016 (este año)	2017 (próximo año)
		La atención de urgencia puede recibirse tanto de centros de atención de urgencia contratados como no contratados, siempre que el centro de atención de urgencia acepte Medicare. Los servicios recibidos de un centro de atención de urgencia que no acepte Medicare serán responsabilidad financiera del miembro.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea permanecer en TexanPlus Classic (HMO)

Para permanecer en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente quedará inscrito como miembro de nuestro plan para 2017.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que el año próximo siga siendo miembro de nuestro plan, pero si desea cambiar en 2017, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- O-- puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare y si adquiere una póliza complementaria de Medicare (Medigap).

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare & usted 2017*, llame a su State Health Insurance Assistance Program (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área si utiliza el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Ingrese en <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Encontrar planes de medicamentos y de salud).

Aquí podrá encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para los planes de Medicare.

Le recordamos que SelectCare of Texas, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos recetados de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de participación en los costos.

Paso 2: Modifique su cobertura

- Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en TexanPlus Classic (HMO).
- Para cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en TexanPlus Classic (HMO).
- Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados, debe optar por lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud escrita para darle de baja. Comuníquese con Servicios a los Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 de este libro).
 - Comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitarnos su baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Original Medicare el año próximo, puede hacerlo entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre**. La modificación tendrá vigencia a partir del 1 de enero de 2017.

¿Es posible realizar modificaciones en otro momento del año?

En ciertas situaciones, se permite realizar modificaciones en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que cuentan con Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen o están abandonando la cobertura del empleador, y quienes se muden fuera del área de servicio tienen permitido efectuar una modificación en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2017 y no está conforme con su elección de plan, puede cambiarse a Original Medicare entre el 1 de enero y el 14 de febrero de 2017. 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 State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el programa SHIP se llama Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP).

El Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP) es independiente (no está relacionado con ninguna empresa de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para proporcionar asesoramiento **gratuito** de seguro de salud local a las personas con Medicare. Los asesores del Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarle a comprender las opciones de su plan de Medicare y pueden responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar al Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP) al (800) 252-9240. Puede obtener más información sobre el Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP) visitando su sitio web: (<http://www.dads.state.tx.us/>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Usted puede reunir los requisitos para obtener ayuda para pagar medicamentos recetados. A continuación encontrará una lista con los diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para cubrir los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría cubrir hasta el 75 % o un porcentaje superior del costo de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales por medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que reúnen los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una sanción por inscripción tardía. Muchas personas cumplen con los requisitos y ni siquiera lo saben. Para saber si reúne los requisitos, comuníquese con:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes), o
 - La Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene un programa denominado Texas HIV State Pharmacy Assistance Program (SPAP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según sus necesidades económicas, su edad o su afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su State Health Insurance Assistance Program (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 5 de este libro).

- **Asistencia de participación en los costos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida una prueba de residencia en el estado y de estado de VIH, bajos ingresos según los defina el estado y la persona no debe estar asegurada o debe tener un seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos en virtud del ADAP califican para la asistencia de participación en los costos de medicamentos recetados a través del Texas HIV Medication Program (THMP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame al (800) 255-1090.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 –Cómo obtener ayuda de TexanPlus Classic (HMO)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios a los Miembros al (866) 230-2513. (Solamente los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de cobertura de 2017* (allí encontrará detalles sobre los beneficios y costos del año próximo)

Esta *Notificación anual de modificaciones* le ofrece un resumen de las modificaciones que se realizarán en sus beneficios y costos para el año 2017. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2017* para TexanPlus Classic (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener cobertura de servicios y medicamentos recetados. Se incluye en este sobre una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web: www.TexanPlus.com. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 –Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área si utiliza el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver información sobre los planes, visite <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Encontrar planes de medicamentos y de salud]).

Lea *Medicare y usted 2017*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2017*. Este libro se envía por correo anualmente, en otoño, a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a preguntas frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este libro, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>), o bien, llame 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.

La discriminación es contra la ley

TexanPlus® HMO, TexanPlus® HMO-POS, TexanPlus® HMO-SNP, Today's Options® PFFS, y Today's Options® PPO (el Plan) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

El Plan:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes de lengua de signos cualificados
 - La información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a personas cuya lengua materna no es el Inglés, tales como:
 - Intérpretes cualificados
 - La información contenida en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Coordinador de Derechos Civiles.

Si usted cree que el plan ha fracasado en proporcionar estos servicios o discriminado de otra forma en el motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo, puede hacer una queja a: Coordinador de Derechos Civiles, Su Nombre del plan, apartado de correos Box 742608, Houston, Texas 77274, c / o Apelaciones y Quejas, 1-866-422-1690 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), Fax: 1-800-817-3516, Correo electrónico: AGMailbox@UniversalAmerican.com. Puede hacer una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para radicar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles por vía electrónica a través de la Oficina para Portal queja de derechos civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono al: Departamento de EE.UU. de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Spanish:

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Chinese:

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 1-888-736-7442 (TTY: 711)。

Russian:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-736-7442 (телетайп: 711).

French:

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-736-7442 (ATS: 711).

Vietnamese:

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Korean:

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-736-7442 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-736-7442 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Italian:

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Yiddish:

אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Bengali:

লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নি:খরচায় ভাষা সহায়তা পিরম্বা উপলব্ধ। ফোন করুন ১-৮৮৮-৭৩৬-৭৪৪২ (TTY: ৭১১)।

Urdu:

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں۔ 1-888-736-7442 (TTY: 711)۔

Polish:

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Tagalog:

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Greek:

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Albanian:

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Hindi:

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-736-7442 (TTY: 711) पर कॉल करें।

