

# Notificación anual de modificaciones para el año 2018

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.**

---

## ¿Qué debe hacer ahora?

### 1. CONSULTE: Qué modificaciones se aplican en su caso

- Verificar las modificaciones en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.
  - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que se ajuste a sus necesidades el año próximo.
  - Las modificaciones, ¿afectan los servicios que usted utiliza?
  - Consulte las Secciones 1.1 - 1.5 para obtener información sobre modificaciones de costo y beneficios en nuestro plan.
- Verificar las modificaciones en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos recetados para saber si le afectan.
  - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos?
  - ¿Sus medicamentos se encuentran en un nivel diferente con una participación en los costos diferente?
  - ¿Algunos de sus medicamentos tienen nuevas restricciones, como la necesidad de aprobación nuestra antes de que usted los adquiera?
  - ¿Puede seguir concurrendo a las mismas farmacias? ¿Hay algún cambio en los costos por concurrir a esta farmacia?
  - Revise la Lista de medicamentos 2018 y 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 y sus deducibles?
- ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

Considerar si está conforme con nuestro plan.

## 2. **COMPARE:** Obtenga información sobre otras opciones de plan

- Verificar la cobertura y los costos de los planes en su área.
  - Utilice la característica personalizada de búsqueda disponible 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 de medicamentos).
  - Revise la lista que aparece en la contratapa del Manual Medicare y usted.
  - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que reduzca su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

## 3. **ELEGIR: Decidir si quiere cambiar su plan**

- Si desea **permanecer** en el plan *TexanPlus Classic (HMO)*, no debe hacer nada. Permanecerá en *TexanPlus Classic (HMO)*.
- Para cambiar a un **plan diferente** que podría ajustarse mejor a sus necesidades, puede cambiarse de plan del 15 de octubre al 7 de diciembre.

## 4. **INSCRIPCIÓN:** Para cambiarse de plan, inscribese en un plan del **15 de octubre al 7 de diciembre de 2017**

- Si **no se inscribe a más tardar el 7 de diciembre de 2017**, permanecerá en *TexanPlus Classic (HMO)*.
- Si se **inscribe a más tardar el 7 de diciembre de 2017**, su cobertura nueva entrará en vigencia el 1 de enero de 2018.

## Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.

- Comuníquese con Servicios a los Miembros al (866) 230-2513 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.
- Debemos brindar información de forma tal que a usted le sirva (en idiomas que no sean inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.).
- **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 Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

### **Acerca de *TexanPlus Classic (HMO)***

- TexanPlus<sup>®</sup> HMO es un plan de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en TexanPlus<sup>®</sup> HMO depende de la renovación del contrato.
- Cuando 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)*.

## Resumen de costos importantes para 2018

La siguiente tabla compara los costos de los años 2017 y 2018 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	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * 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
<b>Monto máximo de bolsillo</b> Este es el <u>monto máximo</u> de bolsillo que pagará 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
<b>Visitas al consultorio médico</b>	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
<b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b> 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 \$325.00 para cada hospitalización cubierta por Medicare.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Cobertura de medicamentos recetados Parte D</b>	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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos: \$0.00</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos: \$0.00</li> </ul>
(Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 2 de medicamentos: \$5.00</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 2 de medicamentos: \$5.00</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 3 de medicamentos: \$40.00</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 3 de medicamentos: \$40.00</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 4 de medicamentos: \$80.00</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 4 de medicamentos: \$80.00</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 5 de medicamentos: 33 %</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 5 de medicamentos: 33 %</li> </ul>

## ***Notificación anual de modificaciones para el año 2018***

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2018 .....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Modificaciones en los beneficios y costos para el año próximo .....</b>	<b>4</b>
Sección 1.1 – Modificaciones en la prima mensual .....	4
Sección 1.2 – Modificaciones en el monto máximo de bolsillo .....	4
Sección 1.3 – Modificaciones en la red de proveedores .....	5
Sección 1.4 – Modificaciones en la red de farmacias .....	5
Sección 1.5 – Modificaciones en los beneficios y costos por servicios médicos .....	6
Sección 1.6 – Modificaciones en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....	8
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos .....</b>	<b>11</b>
<b>SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>20</b>
Sección 3.1 – Si desea permanecer en TexanPlus Classic (HMO) .....	20
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan .....	20
<b>SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan .....</b>	<b>21</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>21</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados .....</b>	<b>22</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Preguntas? .....</b>	<b>23</b>
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de TexanPlus Classic (HMO) .....	23
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare .....	23

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

### Sección 1.1 – Modificaciones en la prima mensual

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Prima mensual</b>	\$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 un mínimo de 63 días, si se inscribe en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.
- 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	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Monto máximo de bolsillo</b>	\$3,400.00	\$3,400.00
Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) se toman en cuenta para su monto máximo de bolsillo. Los costos que paga por medicamentos recetados no se aplican al monto máximo de bolsillo.		Una vez que haya pagado el monto de bolsillo 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](http://www.TexanPlus.com). También puede llamar a Member Services para obtener información actualizada de proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores por correo. **Revise el Directorio de proveedores de 2018 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran 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.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para informarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor dejará 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 dejará 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](http://www.TexanPlus.com). También puede llamar a Member Services para obtener información actualizada de proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias por correo. **Consulte el Directorio de farmacias de 2018 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 2018*.

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Servicios de ambulancia</b>	<b>Dentro de la red</b> Copago de \$50.00 por viaje de ida para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.	<b>Dentro de la red</b> Copago de \$250.00 para servicios de ambulancia cubiertos por Medicare por viaje de ida.
<b>Equipo médico duradero y suministros relacionados</b>	<b>Dentro de la red</b> El 10 % del costo para el equipo médico duradero cubierto por Medicare.	<b>Dentro de la red</b> El 20 % del costo para el equipo médico duradero cubierto por Medicare.
<b>Atención de emergencia</b>	Copago de \$75.00 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.  Copago de \$75.00 para servicios de emergencia fuera de los EE. UU.	Copago de \$100.00 para cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.  Copago de \$100.00 para servicios de emergencia fuera de los EE. UU.
<b>Programas de educación para la salud y el bienestar</b>	<b>Dentro de la red</b> No disponibles	<b>Dentro de la red</b> Copago de \$0.00 por un examen físico anual.
<b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b>	<b>Dentro de la red</b> Copago de \$295.00 para cada hospitalización cubierta por Medicare.	<b>Dentro de la red</b> Copago de \$325.00 para cada hospitalización cubierta por Medicare.
<b>Atención de salud mental para pacientes internados</b>	<b>Dentro de la red</b> Copago de \$295.00 para cada hospitalización cubierta por Medicare.	<b>Dentro de la red</b> Copago de \$325.00 para cada hospitalización cubierta por Medicare.

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Cuidado agudo a largo plazo</b>	<p><b>Dentro de la red</b>                      El Cuidado agudo a largo plazo (Long Term Acute Care, LTAC) solo es un beneficio cubierto cuando se encuentra dentro de la red. La LTAC será de la siguiente manera, dentro de la red: Copago de \$295.00, del día 1 al 60 por ingreso a LTAC. Se exime de este copago si la internación en una LTAC es una transferencia desde un entorno de cuidado agudo del paciente internado. 90 días de hospitalización en un LTAC médicamente necesaria para cada período de beneficios, que incluye días de atención aguda en hospital para pacientes internados médicamente necesaria, el período de beneficios, según lo define la Parte B de Medicare y hasta 60 día de reserva vitalicia hasta un máximo de 150 días. Copago de \$283 por día para los días 61 al 90 por período de beneficios; \$566 por día de reserva vitalicia.</p>	<p><b>Dentro de la red</b>                      El Cuidado agudo a largo plazo (Long Term Acute Care, LTAC) solo es un beneficio cubierto cuando se encuentra dentro de la red. La LTAC será de la siguiente manera, dentro de la red: Copago de \$325.00, del día 1 al 60 por ingreso a LTAC. Se exime de este copago si la internación en una LTAC es una transferencia desde un entorno de cuidado agudo del paciente internado. 90 días de hospitalización en un LTAC médicamente necesaria para cada período de beneficios, que incluye días de atención aguda en hospital para pacientes internados médicamente necesaria, el período de beneficios, según lo define la Parte B de Medicare y hasta 60 día de reserva vitalicia hasta un máximo de 150 días. Copago de \$283 por día para los días 61 al 90 por período de beneficios; \$566 por día de reserva vitalicia.</p>
<b>Terapia de nutrición médica</b>	<p><b>Dentro de la red</b>                      No disponibles</p>	<p><b>Dentro de la red</b>                      Copago de \$0.00 para terapia nutricional médica complementaria.</p>
<b>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</b>	<p><b>Dentro de la red</b>                      No disponibles</p>	<p><b>Dentro de la red</b>                      Copago de \$0.00 para el beneficio del Programa de Prevención de la Diabetes de</p>

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
		Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) cubierto por Medicare.
<b>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria</b>	<b>Dentro de la red</b> Copago de \$145.00 para cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.	<b>Dentro de la red</b> Copago de \$150.00 para cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.
<b>Servicios para tratar la enfermedad renal y la enfermedad renal en etapa terminal</b>	<b>Dentro de la red</b> Copago de \$30.00 para tratamientos de diálisis renal cubiertos por Medicare para pacientes ambulatorios y para tratamientos de diálisis en el entorno del hogar.	<b>Dentro de la red</b> El 20 % del costo para tratamientos de diálisis renal cubiertos por Medicare para pacientes ambulatorios y para tratamientos de diálisis en el entorno del hogar.
<b>Transporte</b>	<b>Límite de beneficios</b> Hasta 30 viajes de ida o de vuelta cada año.	<b>Límite de beneficios</b> Hasta 48 viajes de ida o de vuelta cada año.

## 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 Member Services.
- **Trabajar con su médico (o persona que recete) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a Member Services para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica.

En algunos casos, debemos cubrir un suministro temporal **por única vez** de un medicamento que no esté en el formulario en los primeros 90 días de cobertura del año del plan o los primeros 90 días desde que se hizo miembro del plan para evitar una interrupción de la terapia (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 obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se quede sin 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 2017, 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 recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este folleto a más tardar el 1 de octubre de 2017, comuníquese con Servicios a los Miembros y solicite la “Cláusula LIS”. Los números de teléfono de Member Services 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 ni la Etapa de cobertura en situación catastrófica. Para obtener información sobre los montos

que paga en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* adjunta).

### Modificaciones en la Etapa de deducible

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b>	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	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 sus medicamentos y <b>usted paga la suya.</b></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 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>

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
	Cuando sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$3,700, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa de período sin cobertura).	Cuando sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$3,750, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa de período sin cobertura).

### 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 Cambios administrativos

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Dental</b>	Servicios odontológicos integrales de hasta \$500 por año de beneficios, que incluyen servicios restauradores (empastes), endodoncia (tratamiento de conducto), periodoncia (raspado y alisado radicular y desbridamiento de toda la boca) y prostodoncia tras extracciones (prótesis dentales).	Servicios odontológicos integrales de hasta \$500 por año de beneficios, que incluyen servicios restauradores (empastes), periodoncia (raspado y alisado radicular y desbridamiento de toda la boca) y extracciones.
<b>Beneficios dentales: servicios odontológicos integrales complementarios.</b>	Los servicios de proveedores dentro y fuera de la red estaban cubiertos por este beneficio.	Se cubrirán los servicios de los dentistas dentro de la red únicamente. El dentista debe pertenecer a la red Careington para que sus servicios estén cubiertos.
<b>Beneficios dentales: servicios odontológicos</b>	Los servicios de proveedores dentro y fuera de la red estaban cubiertos por este beneficio.	Se cubrirán los servicios de los dentistas dentro de la red únicamente. El dentista debe pertenecer a la red Careington

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>preventivos complementarios</b>		para que sus servicios estén cubiertos.
<b>Vacunas</b>	<p>Una vacuna se debe considerar como un medicamento de la Parte B de Medicare a fin de estar cubierta por este beneficio. Algunas vacunas, como la vacuna contra la culebrilla, se consideran medicamentos de la Parte D y no están cubiertas por este beneficio.</p> <p>Si su médico le realiza procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico adicionales, o si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas en la misma visita, se aplica la participación en los costos adecuada para los servicios prestados durante esa visita.</p>	<p>Una vacuna se debe considerar como un medicamento de la Parte B de Medicare a fin de estar cubierta por este beneficio. Algunas vacunas y su administración, como la vacuna contra la culebrilla, se consideran medicamentos de la Parte D y no están cubiertas por este beneficio.</p> <p>Si su médico le realiza procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico adicionales, o si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas en la misma visita, se aplica la participación en los costos adecuada para los servicios prestados durante esa visita.</p>
<b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b>	<p>La participación en los costos se aplica a partir del primer día de admisión y no incluye el día que le den de alta.</p> <p>Si usted recibe atención como paciente internado con autorización en un hospital fuera de la red una vez que su afección de emergencia ha sido estabilizada, su costo es la participación en los costos que pagaría en un hospital de la red.</p>	<p>La participación en los costos se aplica a partir del primer día de admisión y no incluye el día que le den de alta.</p> <p>Si usted recibe atención como paciente internado con autorización en un hospital fuera de la red una vez que su afección de emergencia ha sido estabilizada, su costo es la participación en los costos que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Las estadias a largo plazo de pacientes en un centro de cuidado agudo están cubiertas de acuerdo con la sección sobre beneficios de cuidado agudo a largo plazo que se incluye en este capítulo.</p>

<b>Costo</b>	<b>2017 (este año)</b>	<b>2018 (próximo año)</b>
		<p>No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. En el caso de la atención hospitalaria para pacientes internados, la participación en los costos descrita anteriormente se aplica cada vez que se lo admite en el hospital. La transferencia a otro centro (por ejemplo, un hospital de rehabilitación de internación aguda o cualquier otro hospital de cuidado agudo) se considerará una nueva admisión.</p>
<p><b>Terapia de nutrición médica</b></p>	<p>La terapia nutricional médica cubierta por Medicare se limita a 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante su primer año en que recibe servicios de terapia nutricional médica a través de Medicare y 2 horas cada año en adelante para miembros con diabetes, enfermedad renal (pero que no reciben diálisis) o después de un trasplante de riñón.</p>	<p>La terapia nutricional médica cubierta por Medicare se limita a 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante su primer año en que recibe servicios de terapia nutricional médica a través de Medicare y 2 horas cada año en adelante para miembros con diabetes, enfermedad renal (pero que no reciben diálisis) o después de un trasplante de riñón. Como beneficio complementario, el plan cubre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 hora adicional de asesoramiento individual para miembros con diabetes, enfermedad renal (pero que no reciben diálisis) o después de un trasplante de riñón.</li> </ul>

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 horas de asesoramiento individual para miembros que tengan la necesidad médica de recibir una terapia nutricional médica.</li> </ul>
<p><b>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria</b></p>	<p>Los servicios incluyen servicios quirúrgicos, servicios quirúrgicos menores, cateterismos cardíacos, servicios relacionados con la oncología, cuidado de heridas, terapias con infusiones, servicios respiratorios y otros procedimientos terapéuticos realizados en un centro ambulatorio.</p> <p>Se aplica un coseguro adicional para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. Si lo ingresan en el nivel de atención aguda para pacientes internados luego de una cirugía para pacientes ambulatorios, quedará eximido de la participación en los costos mencionada y se aplicará la participación en los costos para atención hospitalaria para pacientes internados.</p>	<p>Los servicios incluyen servicios quirúrgicos, servicios quirúrgicos menores, cateterismos cardíacos, servicios relacionados con la oncología, cuidado de heridas, terapias con infusiones, servicios respiratorios y otros procedimientos terapéuticos realizados en un centro ambulatorio.</p> <p>Se aplica un coseguro adicional para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. Si lo ingresan en el nivel de atención aguda para pacientes internados luego de una cirugía para pacientes ambulatorios, quedará eximido de la participación en los costos mencionada y se aplicará la participación en los costos para atención hospitalaria para pacientes internados.</p> <p>Si recibe servicios en el consultorio del médico pero este es propiedad de un hospital y se lo considera un departamento del hospital para pacientes ambulatorios, se aplicará la participación en los costos para la cirugía ambulatoria.</p>
<p><b>Servicios de médicos/enfermeros, incluidas las visitas al consultorio del médico</b></p>	<p>Además de la participación en los costos antes mencionada, habrá un copago y/o coseguro para los</p>	<p>Además de la participación en los costos antes mencionada, habrá un copago y/o coseguro para los servicios médicamente necesarios</p>

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
	<p>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, gafas y lentes de contacto después de una cirugía de cataratas, medicamentos recetados de la Parte D y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, según se describe en este Cuadro de beneficios.</p> <p>Para obtener información detallada sobre otros servicios de médicos no enumerados aquí, consulte la sección correspondiente de este Cuadro de beneficios.</p> <p>Los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare brindados por un PCP o un especialista están cubiertos en virtud del Beneficio de quiropraxia y asumirán la participación en los costos quiroprácticos, cuando corresponda.</p> <p>Los servicios de podología cubiertos por Medicare brindados por un PCP o un especialista están cubiertos en virtud del Beneficio de podología y asumirán la participación en los costos de podología, cuando corresponda.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p>	<p>cubiertos por Medicare para equipos médicos duraderos y suministros relacionados, dispositivos protésicos y suministros relacionados, pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios, gafas y lentes de contacto después de una cirugía de cataratas, medicamentos recetados de la Parte D y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, según se describe en este Cuadro de beneficios.</p> <p>Si la práctica de su médico es propiedad de un sistema hospitalario, es posible que esta se considere un departamento para pacientes ambulatorios del hospital y la participación en los costos por su servicio puede estar incluida en la sección sobre los beneficios “Cirugía y servicios para pacientes ambulatorios realizados en un hospital para pacientes ambulatorios o un centro de cirugía ambulatoria”. Consulte esa sección para obtener información sobre la participación en los costos correspondiente.</p> <p>Para obtener información detallada sobre otros servicios de médicos no enumerados aquí, consulte la sección correspondiente de este Cuadro de beneficios.</p> <p>Los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare brindados por un PCP o un especialista</p>

<b>Costo</b>	<b>2017 (este año)</b>	<b>2018 (próximo año)</b>
	<p>cubiertos por Medicare que proporcione un PCP o especialista, cuando corresponda, están cubiertos por el beneficio de rehabilitación para pacientes ambulatorios y se harán cargo de la participación en los costos para rehabilitación para pacientes ambulatorios.</p> <p>Los servicios de rehabilitación pulmonar/cardíaca cubiertos por Medicare que proporcione un PCP o especialista, cuando corresponda, están cubiertos por el beneficio de rehabilitación pulmonar/cardíaca y se harán cargo de la participación en los costos para rehabilitación pulmonar/cardíaca.</p>	<p>están cubiertos en virtud del Beneficio de quiropraxia y asumirán la participación en los costos quiroprácticos, cuando corresponda.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare que proporcione un PCP o especialista, cuando corresponda, están cubiertos por el beneficio de rehabilitación para pacientes ambulatorios y se harán cargo de la participación en los costos para rehabilitación para pacientes ambulatorios.</p> <p>Los servicios de rehabilitación pulmonar/cardíaca cubiertos por Medicare que proporcione un PCP o especialista, cuando corresponda, están cubiertos por el beneficio de rehabilitación pulmonar/cardíaca y se harán cargo de la participación en los costos para rehabilitación pulmonar/cardíaca.</p>
<b>Podiatría</b>	<p>Se aplicará la participación en los costos para servicios de podología a los servicios de podología cubiertos por Medicare que proporcione un podólogo, un PCP u otro especialista, conforme sea adecuado.</p> <p>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,</p>	<p>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</p>

<b>Costo</b>	<b>2017 (este año)</b>	<b>2018 (próximo año)</b>
	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.	Parte B de Medicare, según se describe en este Cuadro de beneficios.
<b>Servicios para tratar afecciones y enfermedades renales</b>	<p>La diálisis domiciliaria asistida por personal mediante enfermeras que asistan a beneficiarios con enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) no está incluida en el sistema de pago prospectivo de la ESRD y no es un servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Si su médico le realiza procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico adicionales, o si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas en la misma visita, se aplica la participación en los costos adecuada para los servicios prestados durante esa visita.</p>	<p>La diálisis domiciliaria asistida por personal mediante enfermeras que asistan a beneficiarios con ESRD no está incluida en el sistema de pago prospectivo de la ESRD y no es un servicio cubierto por Medicare. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes internados” para obtener información sobre la participación en los costos correspondiente para los tratamientos de diálisis de pacientes internados.</p> <p>Si su médico le realiza procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico adicionales, o si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas en la misma visita, se aplica la participación en los costos adecuada para los servicios prestados durante esa visita.</p>
<b>Transporte</b>	El transporte de rutina es un traslado a una cita médica concertada en un área de servicio definida cuando la necesidad de transporte no se basa en una	El transporte de rutina es un traslado a una cita médica concertada en un área de servicio definida cuando la necesidad de transporte no se basa en una

<b>Costo</b>	<b>2017 (este año)</b>	<b>2018 (próximo año)</b>
	<p>necesidad médica y se puede realizar en una furgoneta, un sedán u otro vehículo que no sea una ambulancia. Los traslados se deben concertar a través del proveedor de transporte contratado y se deben programar con 3 días de antelación a los servicios necesarios.</p> <p>Los miembros que requieran un transporte no de emergencia en una ambulancia debido a que esté contraindicado el transporte por otros medios (podrían poner en peligro la salud de la persona) pueden acudir al servicio médico conforme al beneficio de ambulancia, si el plan considera que el servicio es médicamente necesario. Consulte el beneficio “servicios de ambulancia” en este Cuadro de beneficios médicos para conocer los detalles, incluida la participación en los costos correspondiente.</p>	<p>necesidad médica y se puede realizar en una furgoneta, un sedán u otro vehículo que no sea una ambulancia. Los traslados se deben concertar a través del proveedor de transporte contratado y se deben programar con 3 días de antelación a los servicios necesarios. Los viajes a la farmacia después de una cita médica estarán cubiertos pero se contarán con un viaje de ida.</p> <p>Los miembros que requieran un transporte no de emergencia en una ambulancia debido a que esté contraindicado el transporte por otros medios (podrían poner en peligro la salud de la persona) pueden acudir al servicio médico conforme al beneficio de ambulancia, si el plan considera que el servicio es médicamente necesario. Consulte el beneficio “servicios de ambulancia” en este Cuadro de beneficios médicos para conocer los detalles, incluida la participación en los costos correspondiente.</p>
<b>Atención de la visión</b>	<p>El beneficio de examen oftalmológico cubierto por Medicare está limitado a las visitas al oftalmólogo y las pruebas oftalmológica no radiológicas.</p> <p>Se aplicará la participación en los costos para establecimientos o especialistas a los servicios adicionales que se presten, incluidos los quirúrgicos.</p>	<p>El beneficio de examen oftalmológico cubierto por Medicare está limitado a las visitas al oftalmólogo y las pruebas oftalmológica no radiológicas.</p> <p>Se aplicará la participación en los costos para establecimientos o especialistas a los servicios adicionales que se presten, incluidos los quirúrgicos.</p>

<b>Costo</b>	<b>2017 (este año)</b>	<b>2018 (próximo año)</b>
	<p>Además de la participación en los costos antes mencionada, habrá un copago y/o coseguro para 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.</p> <p>Para obtener información detallada sobre otros servicios de médicos no enumerados aquí, consulte la sección correspondiente de este Cuadro de beneficios.</p> <p>El ajuste de gafas y lentes de contacto está cubierto por el beneficio de accesorios ópticos y está sujeto a las mismas restricciones de diagnóstico.</p>	<p>Además de la participación en los costos antes mencionada, habrá un copago y/o coseguro para 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.</p> <p>Para obtener información detallada sobre otros servicios de médicos no enumerados aquí, consulte la sección correspondiente de este Cuadro de beneficios.</p> <p>El ajuste de gafas y lentes de contacto está cubierto por el beneficio de accesorios ópticos y está sujeto a las mismas restricciones de diagnóstico.</p> <p>La cirugía de cataratas con láser y la cirugía de la vista con láser no son servicios cubiertos.</p>
<b>Cobertura de emergencia mundial</b>	<p>La participación en los costos de la cobertura de emergencia mundial no se aplica a sus límites de monto máximo de bolsillo.</p> <p>Este plan ofrece cobertura mundial de atención de emergencia, que generalmente no está cubierta por Medicare. Este beneficio incluye la atención de emergencia según se describe anteriormente hasta que se encuentre médicamente estabilizado para el transporte o el alta hospitalaria hasta un</p>	<p>La participación en los costos de la cobertura de emergencia mundial no se aplica a sus límites de monto máximo de bolsillo.</p> <p>Este plan ofrece cobertura mundial de atención de emergencia, que generalmente no está cubierta por Medicare. Este beneficio incluye la atención de emergencia según se describe anteriormente hasta que se encuentre médicamente estabilizado para el transporte o el alta hospitalaria hasta un</p>

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
	máximo de \$20,000 o 60 días por año calendario.	máximo de \$20,000 o 60 días por año calendario. No incluye cobertura a nivel mundial para atención urgente.

## 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 2018.

### Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que el año próximo siga siendo miembro de nuestro plan, pero si desea cambiar en 2018, 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.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y usted 2018*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (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 Medicare Plan Finder en el sitio web de Medicare. Ingrese en <https://www.medicare.gov> y haga clic “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos). **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, inscribese 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 Member Services 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 2018.

### ¿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 2018 y no está conforme con su elección de plan, puede cambiarse a Original Medicare entre el 1.º de enero y el 14 de febrero de 2018. 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 Programa 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 Social Security Office al 1-800-772-1213, de lunes a viernes entre las 7 a. m. y las 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes), o
  - Su oficina de Medicaid estatal (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene un programa denominado Texas Kidney Health Care Program (KHC) 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 al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización se mencionaron anteriormente 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 ayudarlo. Llame a Member Services 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 2018* (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 2018. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2018* 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](http://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 (<https://www.medicare.gov>). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo 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 <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos).

#### **Lea *Medicare y usted 2018***

Puede leer el manual *Medicare y usted 2018*. Este cuadernillo 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 folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://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.

# Discrimination is Against the Law

---

TexanPlus® HMO, TexanPlus® HMO-POS, TexanPlus® HMO-SNP, Today's Options® PFFS, Today's Options® PPO, and Today's Options® HMO hereinafter, the Plan) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. The Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

The Plan:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact the Civil Rights Coordinator.

If you believe that the Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator, Your Plan Name, P.O. Box 18200, Austin, TX 78760-8200, c/o Appeals and Grievances, 1-866-422-1690 (TTY users call 711), Fax: 1-800-817-3516, Email: [AGMailbox@UniversalAmerican.com](mailto:AGMailbox@UniversalAmerican.com). You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

## English:

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-736-7442 (TTY: 711).

## 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 নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পিরষবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৮৮৮-৭৩৬-৭৪৪২ (TTY: 711)।

**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।





