CareNeeds PLUS (HMO SNP)
H1019-090

2019



NOTIFICACIÓN ANUAL DE CAMBIOS

Treasure y Space Coast
Condados de Brevard e Indian River

CarePlus HEALTH PLANS

H1019_ANOC_MAPD_HMO_090000_2019_SP_M

H1019090000ANOCSP19



La información que necesita está a solo un clic de distancia

Gracias por ser un afiliado de CarePlus. Este folleto muestra cambios importantes a su plan de salud para el 2019. Queremos asegurarnos de que esté al tanto de los cambios o los beneficios añadidos y de cómo garantizamos su privacidad.

Dedique el tiempo que necesite para revisar este folleto. A medida que se va informando, puede entender mejor cómo aprovechar al máximo su plan.

Tal vez note que este folleto es más pequeño que el que le enviamos por correo el año pasado. Esto se debe a que, a partir del 1 de octubre de 2018, puede ver o imprimir estos documentos del plan en línea en **https://www.careplushealthplans.com/members/forms-tools-resources** o solicitar que se le envíen copias por correo:

- **Evidencia de cobertura:** detalles completos de su plan CarePlus, incluidos los beneficios y los costos
- **Guía de medicamentos:** los medicamentos cubiertos en su plan
- **Directorio de proveedores:** lista de los médicos, las farmacias y otros proveedores de su red

https://www.careplushealthplans.com/members/forms-tools-resources es su lugar unificado para ver o imprimir estos documentos del plan. Si tiene problemas para utilizar nuestras herramientas en línea, llame al número que está al reverso de su tarjeta de identificación de CarePlus para recibir asistencia. Estamos aquí para ayudarle.

Para recibir copias impresas de cualquiera de estos documentos por correo, solicítelas en línea en el sitio web anterior. O llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. A partir del 1 de abril hasta el 30 de septiembre, estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Notificación anual de cambios para 2019

Actualmente, usted está inscrito como afiliado de CareNeeds PLUS (HMO SNP). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este manual explica esos cambios.*

Qué tiene que hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a su caso

☐ Revise los cambios a nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
- Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que esta satisfará sus necesidades el año próximo.
- ¿Se ven afectados los servicios que usted usa por los cambios?
- Consulte la Sección 1 para obtener información sobre los cambios en beneficios y costos de nuestro plan.

☐ Revise los cambios a nuestra cobertura para medicamentos recetados que se detallan en el manual para ver si le afectan.
- ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
- ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con costos compartidos diferentes?
- ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como la necesidad de nuestra aprobación antes de surtir su receta?
- ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por utilizar esta farmacia?
- Consulte la Sección 1.6 de la Guía de medicamentos para 2019 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que podrían estar disponibles para usted. De esta forma, podría ahorrar en sus costos de desembolso personal anuales a lo largo del año. Visite https://go.medicare.gov/drugprices para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos. Estos paneles destacan qué fabricantes han estado aumentando los precios y también muestran otra información sobre los precios de los medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto podrían cambiar los costos de sus propios medicamentos.

☐ Revise para ver si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
- ¿Están sus médicos en nuestra red?
- ¿Qué hay con respecto a los hospitales u otros proveedores que usted usa?
- Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

☐ Piense en sus costos generales del cuidado de la salud.
- ¿Cuánto gastará en gastos de desembolso personal por servicios y medicamentos recetados que usted usa regularmente?
- ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
- ¿Cómo se comparan los costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

☐ Piense si está feliz con nuestro plan.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: December 31, 2021)

2. **COMPARE:** Infórmese sobre otras opciones de planes

   ☐ Consulte sobre la cobertura y los costos de los planes en su área.
   - Utilice la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web https://es.medicare.gov. Haga clic en "Find health & drug plans" (Buscar planes de salud y medicamentos).
   - Revise la lista en la parte final de su manual Medicare y usted.
   - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información acerca de sus opciones.

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

3. **ELIJA:** Decida si quiere cambiar de plan

   - Si desea **mantener** CareNeeds PLUS (HMO SNP), no tiene que hacer nada. Permanecerá en CareNeeds PLUS (HMO SNP).
   - Si desea **cambiar a un plan diferente** que tal vez sea mejor para satisfacer sus necesidades, puede cambiar de plan desde ahora hasta el 31 de diciembre. Consulte la sección 2.2 para obtener más información acerca de sus opciones.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, inscríbase en un plan desde ahora y hasta el **31 de diciembre de 2018**

   - Si **no se inscribe en otro plan antes del 31 de diciembre de 2018**, permanecerá en CareNeeds PLUS (HMO SNP).
   - Si se **inscribe en otro plan antes del 31 de diciembre de 2018**, su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente.
   - A partir de 2019, hay nuevos límites en la frecuencia con la que puede cambiar de plan. Consulte la Sección 3 para obtener más información.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo en inglés.
- Póngase en contacto con nuestro departamento de Servicios para afiliados llamando al 1-800-794-5907 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, entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes, entre el 1 de abril y el 30 de septiembre.
- Esta información está disponible en otro formato, incluyendo en Braille, en letra grande y en cintas de audio. Si necesita información del plan en otro formato, llame a Servicios para afiliados al número que aparece anteriormente.
- **La cobertura conforme a este Plan se considera cobertura médica calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple con el requisito de la responsabilidad individual compartida según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en https://www.irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families para obtener más información.

Acerca de CareNeeds PLUS (HMO SNP)

- CareNeeds PLUS (HMO SNP) es un plan de cuidado coordinado con un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de Florida. La inscripción en este plan de CarePlus depende de la renovación del contrato.
- Patrocinado por CarePlus Health Plans, Inc. y la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud del Estado de Florida.
- Cuando este manual dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa CarePlus Health Plans, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa CareNeeds PLUS (HMO SNP).

Resumen de costos importantes para 2019

La siguiente tabla compara los costos de 2018 y los costos para 2019 de CareNeeds PLUS (HMO SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de esta *Notificación anual de cambios*** y revisar la *Evidencia de cobertura* que proporcionamos por medios electrónicos para ver si otros cambios de beneficios o costos le afectan.

Dependiendo del nivel de asistencia que usted reciba de Medicaid, posiblemente no pague nada por los servicios cubiertos siempre que usted siga las normas para recibir el cuidado médico del plan. (Consulte el Capítulo 3 de la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre las normas del plan para recibir el cuidado médico). Para obtener más información acerca de cuál es su nivel de asistencia, póngase en contacto con su agencia estatal de Medicaid.

Costo	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
	Dentro de la red	**Dentro de la red**
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior o inferior a esta cantidad. Para ver información detallada, consulte la Sección 1.1.	**$0 o hasta $12.90**	**$0 o hasta $21.10**
Cantidad máxima de desembolso personal Esto es lo máximo que usted paga de gastos de desembolso personal por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Para ver información detallada, consulte la Sección 1.2).	**$3,400** Si es elegible para asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de desembolso personal de la cantidad máxima de desembolso personal para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	**$3,400** Si es elegible para asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de desembolso personal de la cantidad máxima de desembolso personal para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Visitas al consultorio	Consultas de cuidado primario: **$0** en el consultorio de un proveedor de cuidado primario, por consulta	Consultas de cuidado primario: **$0** en el consultorio de un proveedor de cuidado primario, por consulta
	Consultas al especialista: **$0** en el consultorio de un especialista, por consulta	Consultas al especialista: **$0** en el consultorio de un especialista, por consulta

Costo	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
	Dentro de la red	**Dentro de la red**
Estadías en el hospital como paciente internado Incluye internación hospitalaria para enfermedades agudas, internación para servicios de rehabilitación, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios a pacientes internados. El cuidado a pacientes internados comienza el día en que usted está formalmente admitido en el hospital por orden de un médico. El día antes de que le den de alta es su último día como paciente internado.	**$0** de copago por estadía	**$0** de copago por estadía
Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D (Para ver información detallada, consulte la Sección 1.6).	Deducible: **$405** Copagos o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Por un suministro de 30 días de una **farmacia minorista** con costos compartidos preferidos • Nivel 1 de medicamentos: **$0** • Nivel 2 de medicamentos: **$4** • Nivel 3 de medicamentos: **$47** • Nivel 4 de medicamentos: **$100** • Nivel 5 de medicamentos: **25%**	Deducible: **$335** Copagos o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Por un suministro de 30 días de una **farmacia minorista** con costos compartidos preferidos • Nivel 1 de medicamentos: **$0** • Nivel 2 de medicamentos: **$4** • Nivel 3 de medicamentos: **$47** • Nivel 4 de medicamentos: **$100** • Nivel 5 de medicamentos: **26%**

Costo	2018 (este año)	2019 (el año próximo)
	Dentro de la red	**Dentro de la red**
	Por un suministro de 30 días de una **farmacia minorista** con costos compartidos estándares • Nivel 1 de medicamentos: **$10** • Nivel 2 de medicamentos: **$20** • Nivel 3 de medicamentos: **$47** • Nivel 4 de medicamentos: **$100** • Nivel 5 de medicamentos: **25%**	Por un suministro de 30 días de una **farmacia minorista** con costos compartidos estándares • Nivel 1 de medicamentos: **$10** • Nivel 2 de medicamentos: **$20** • Nivel 3 de medicamentos: **$47** • Nivel 4 de medicamentos: **$100** • Nivel 5 de medicamentos: **26%**
	Por un suministro de 90 días de una **farmacia de pedido por correo** con costos compartidos preferidos • Nivel 1 de medicamentos: **$0** • Nivel 2 de medicamentos: **$0** • Nivel 3 de medicamentos: **$131** • Nivel 4 de medicamentos: **$290** • Nivel 5 de medicamentos: no disponible	Por un suministro de 90 días de una **farmacia de pedido por correo** con costos compartidos preferidos • Nivel 1 de medicamentos: **$0** • Nivel 2 de medicamentos: **$0** • Nivel 3 de medicamentos: **$131** • Nivel 4 de medicamentos: **$290** • Nivel 5 de medicamentos: no disponible
	Por un suministro de 90 días de una **farmacia de pedido por correo** con costos compartidos estándares • Nivel 1 de medicamentos: **$30** • Nivel 2 de medicamentos: **$60** • Nivel 3 de medicamentos: **$141** • Nivel 4 de medicamentos: **$300** • Nivel 5 de medicamentos: no disponible	Por un suministro de 90 días de una **farmacia de pedido por correo** con costos compartidos estándares • Nivel 1 de medicamentos: **$30** • Nivel 2 de medicamentos: **$60** • Nivel 3 de medicamentos: **$141** • Nivel 4 de medicamentos: **$300** • Nivel 5 de medicamentos: no disponible

Notificación anual de cambios para 2019

Índice

Resumen de costos importantes para 2019 6

SECCIÓN 1 Cambios a los beneficios y costos de Medicare para el año próximo 10

Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual 10

Sección 1.2 – Cambios a su cantidad máxima de desembolso personal 10

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores 11

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias 12

Sección 1.5 – Cambios a los beneficios y costos de los servicios médicos 12

Sección 1.6 – Cambios a la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D 16

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir 20

Sección 2.1 – Si desea permanecer en CareNeeds PLUS (HMO SNP) 20

Sección 2.2 – Si desea cambiar de planes 20

SECCIÓN 3 Cambiar de planes 21

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratis acerca de Medicare y Medicaid 21

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados 22

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas? 22

Sección 6.1 – Recibir ayuda de CareNeeds PLUS (HMO SNP) 22

Sección 6.2 – Recibir ayuda de Medicare 23

Sección 6.3 – Recibir ayuda de Medicaid 23

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

Sección 1.1 Cambios a la prima mensual

Costo	**2018** (este año)	**2019** (el año próximo)
Prima mensual (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted).	**$0 o hasta $12.90** Debido a que usted es elegible para recibir ayuda adicional con los costos de sus medicamentos recetados, es posible que no tenga que pagar una prima del plan, o que pueda pagar una cantidad reducida.	**$0 o hasta $21.10** Debido a que usted es elegible para recibir ayuda adicional con los costos de sus medicamentos recetados, es posible que no tenga que pagar una prima del plan, o que pueda pagar una cantidad reducida.

Sección 1.2 Cambios a su cantidad máxima de desembolso personal

Para protegerle a usted, Medicare requiere que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga "de su bolsillo" durante el año. Este límite se denomina la "cantidad máxima de desembolso personal". Una vez que alcance esta cantidad, por lo general no debe pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	**2018** (este año)	**2019** (el próximo año)
	Dentro de la red	**Dentro de la red**
Cantidad máxima de desembolso personal **Debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, pocos afiliados alcanzan esta cantidad máxima de desembolso personal.** Si es elegible para asistencia de Medicaid con los copagos de la Parte A y la Parte B, usted no es responsable de pagar ningún costo de desembolso personal de la cantidad máxima de desembolso personal para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sus costos de los servicios médicos cubiertos (como copagos) se tienen en cuenta para la cantidad máxima de desembolso personal. Sus costos de la prima de su plan y sus costos de los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de desembolso personal.	**$3,400**	**$3,400** Una vez que ha pagado **$3,400** de su bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B para el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Un Directorio de proveedores actualizado se encuentra en nuestro sitio web en **www.careplushealthplans.com/directories**. También puede llamar a Servicios para afiliados para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores por correo. **Consulte el Directorio de proveedores de 2019 para ver si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor podría abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que resumimos a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare nos exige proveerle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas acreditados.
- Haremos todo lo posible de buena fe para informarle al menos con 30 días de anticipación que su proveedor va a abandonar nuestro plan para que usted tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos en la selección de un nuevo proveedor acreditado para que siga administrando sus necesidades del cuidado de la salud.
- En caso de que usted esté recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento que está recibiendo por razones médicas no sea interrumpido y nosotros vamos a trabajar con usted para asegurarnos de que así sea.

- Si cree que no le hemos provisto un proveedor acreditado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado médico no está siendo administrado debidamente, tiene derecho a presentar una apelación por nuestra decisión.
- Si usted se entera de que su médico o especialista está abandonando su plan, contáctenos para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor y a administrar su cuidado médico.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que usted paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que usted use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados se cubren *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle costos compartidos más bajos que los costos compartidos estándares ofrecidos por otras farmacias dentro de la red para algunos medicamentos.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Un Directorio de proveedores actualizado se encuentra en nuestro sitio web en **www.careplushealthplans.com/directories**. También puede llamar a Servicios para afiliados para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores por correo. **Consulte el Directorio de proveedores de 2019 para ver las farmacias que están en nuestra red.**

Sección 1.5 Cambios a los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que la *Notificación anual de cambios* solo le informa sobre los cambios a sus beneficios y costos de Medicare.

Cambiaremos nuestra cobertura de ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe dichos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios* (*lo que está cubierto y lo que usted paga*), en su *Evidencia de* cobertura para 2019.

Dependiendo del nivel de asistencia que usted reciba de Medicaid, posiblemente no pague nada por los servicios cubiertos siempre que usted siga las normas para recibir el cuidado médico del plan. (Consulte el Capítulo 3 de la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre las normas del plan para recibir el cuidado médico). Para obtener más información acerca de cuál es su nivel de asistencia, póngase en contacto con su agencia estatal de Medicaid.

Costo	**2018** (este año)	**2019** (el año próximo)
	Dentro de la red	**Dentro de la red**
Cuidado médico en casos de emergencia • Por cada consulta en una sala de emergencias cubierta por Medicare, usted paga:	Copago de **$0 o $100** está exento si es admitido dentro de 24 horas	Copago de **$0 o $120** está exento si es admitido dentro de 24 horas
Cobertura mundial		

Costo	**2018** (este año)	**2019** (el año próximo)
	Dentro de la red	**Dentro de la red**
• Por cada consulta en la sala de emergencias, usted paga:	Copago de **$0 o $100** está exento si es admitido dentro de 24 horas	Copago de **$0 o $120** está exento si es admitido dentro de 24 horas
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare • Probar primero un medicamento diferente antes que permitamos la cobertura del medicamento que usted solicita. A esto se le conoce como "terapia por fases".	No se requiere	Podría requerirse
Servicios dentales • Servicios dentales rutinarios:	Copago de **$0** por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante cada 2 años. Copago de **$0** por examen oral integral, radiografía panorámica, hasta 1 cada 3 años. Copago de **$0** por dentaduras postizas completas, hasta 1 juego(s) cada 5 años. Copago de **$0** por radiografías de mordida, hasta 1 juego(s) por año. Copago de **$0** por empaste de amalgama o composite, revestimiento de dentaduras postizas, examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 1 por año. Copago de **$0** por extracción simple o quirúrgica, hasta 3 por año. Copago de **$0** por anestesia necesaria con servicio cubierto, sin límite por año.	Copago de **$0** por examen oral integral, radiografía panorámica, hasta 1 cada 3 años. Copago de **$0** por dentaduras postizas completas o prótesis parciales, hasta 1 juego(s) cada 5 años. Copago de **$0** por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante por año. Copago de **$0** por radiografías de mordida, hasta 1 juego(s) por año. Copago de **$0** por corona, conducto radicular, hasta 1 por año. Copago de **$0** por examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año. Copago de **$0** por empaste de amalgama y/o composite, hasta 4 por año. Copago de **$0** por extracción simple o quirúrgica, hasta 6 por año. Copago de **$0** por anestesia necesaria con servicios cubiertos, sin límite por año.

Costo	**2018** (este año)	**2019** (el año próximo)
	Dentro de la red	**Dentro de la red**
Servicios para la audición • Servicios para la audición rutinarios:	Copago de **$0** por ajuste/evaluación, examen auditivo rutinario, hasta 1 por año. Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$500** por oído por año para audífonos (de todo tipo). Tenga en cuenta: incluye un suministro de baterías para un mes y garantía de dos años.	Copago de **$0** por ajuste/evaluación, examen auditivo rutinario, hasta 1 por año. Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$1000** por oído por año para audífonos (de todo tipo). Tenga en cuenta: incluye un suministro de baterías para un mes, garantía de 1 año.
Cuidado para la vista • Servicios para la vista rutinarios:	Copago de **$0** por examen rutinario, prueba de refracción, hasta 1 por año. Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$150** por año para lentes de contacto o anteojos: lentes y monturas (incluye el ajuste), o 1 par de ciertos anteojos sin costo. Los anteojos incluirán un filtro de protección ultravioleta y una capa contra rayaduras.	Copago de **$0** por examen rutinario, prueba de refracción, hasta 1 por año. Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$400** por año para lentes de contacto o anteojos: lentes y monturas (incluye el ajuste), o 3 pares de ciertos anteojos sin costo. Los anteojos incluirán un filtro de protección ultravioleta y una capa contra rayaduras.
Transporte	Copago de **$0** para localidades aprobadas por el plan, centros de acondicionamiento físico, hasta 4 viaje(s) sencillo(s) por año.	Copago de **$0** para localidades aprobadas por el plan, centros de acondicionamiento físico, sin límite de viaje(s) sencillo(s) por año.
Programa de comidas Well Dine	Copago de **$0** por 2 comidas por día durante 5 días, hasta 10 comidas, que se envían al hogar del afiliado luego de una hospitalización en un hospital o centro de enfermería. Límite de 4 veces por año.	Copago de **$0** por 2 comidas por día durante 5 días, hasta 10 comidas, que se envían al hogar del afiliado luego de una hospitalización en un hospital o centro de enfermería. Límite de 4 veces por año.

Costo	**2018** (este año)	**2019** (el año próximo)
	Dentro de la red	**Dentro de la red**
		Copago de **$0** por 2 comidas por día durante 10 días. Hasta 20 comidas que se envían al hogar del afiliado para contribuir a fijar una dieta apropiada para la diabetes mellitus, con la aprobación del médico. Copago de **$0** por 2 comidas por día durante 10 días. Hasta 20 comidas que se envían al hogar del afiliado para contribuir a fijar una dieta apropiada para la insuficiencia cardíaca crónica, con la aprobación del médico. Copago de **$0** por 2 comidas por día durante 10 días. Hasta 20 comidas que se envían al hogar del afiliado para contribuir a fijar una dieta apropiada para trastornos cardiovasculares, con la aprobación del médico.
Artículos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)	Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$25** por mes para ciertos productos de venta sin receta para la salud y el bienestar.	Cantidad máxima de cobertura de beneficios de **$100** por mes para ciertos productos de venta sin receta para la salud y el bienestar.
Pelucas (relacionadas con el tratamiento de quimioterapia)	Pelucas (para la pérdida de cabello relacionada con el tratamiento de quimioterapia) hasta un beneficio máximo de **$500** por año.	Pelucas (para la pérdida de cabello relacionada con el tratamiento de quimioterapia) hasta un beneficio ilimitado por año.

Sección 1.6 Cambios a la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D

Cambios a nuestra Guía de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o "Guía de medicamentos". Se proporciona una copia de nuestra Guía de medicamentos por medios electrónicos. La Guía de medicamentos que proporcionamos por medios electrónicos incluye muchos de los medicamentos que cubriremos el próximo año, *pero no todos los medicamentos*. Si no ve su medicamento en esta lista, igual es posible que esté cubierto. **Para obtener la Guía de medicamentos *completa*,** llame a Servicios para afiliados (consulte la contraportada) o visite nuestro sitio web (**www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2019-prescription-drug-guides**).

Hemos realizado cambios a nuestra Guía de medicamentos, incluidos cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Revise la Guía de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá restricciones.**

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura para medicamentos, puede:

- **Trabajar con su médico (u otro profesional que recete) y solicitar al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento.
  - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* (*Qué hacer si tiene un problema o una queja* (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)) o llame a Servicios para afiliados.
- **Trabajar con su médico (u otro profesional que recete) para encontrar un medicamento diferente** que sí cubramos. Puede llamar a Servicios para afiliados para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no se encuentra en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de afiliación para evitar una brecha en la terapia. Para 2019, los afiliados en centros de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) ahora recibirán un suministro temporal que es la misma cantidad del suministro para días temporales proporcionado en todos los demás casos: suministro de 30 días de medicamentos en lugar de la cantidad provista en 2018 (suministro de 98 días de medicamentos). (Para obtener más información acerca de cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, 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 termine su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que realice una excepción y cubra su medicamento actual.

Mientras tanto, usted y su médico deberán decidir qué hacer antes de que se acabe el suministro temporal de su medicamento.

- **Tal vez pueda encontrar un medicamento diferente** cubierto por el plan que podría ser igualmente de efectivo para usted. Puede llamar a Servicios para afiliados para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. La lista puede ayudar a su médico a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser eficaz para usted.
- **Usted y su médico pueden solicitar al plan que realice una excepción en su caso** y cubra el medicamento. Para conocer lo que debe hacer para solicitar una excepción, consulte la Evidencia de

cobertura que proporcionamos por medios electrónicos. Consulte el Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* (*Qué hacer si tiene un problema o una queja* (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

- **Si aprobamos su solicitud de excepción**, nuestra aprobación generalmente tiene validez hasta el final del año del plan. Para el año del plan siguiente, se deberá presentar una nueva excepción al formulario. Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* (*Qué hacer si tiene un problema o una queja* (*decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

La mayoría de los cambios en la Guía de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

A partir de 2019, podemos retirar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Guía de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones. Además, cuando se añade el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Guía de medicamentos, pero trasladarlo inmediatamente a otro nivel de costos compartidos o añadir nuevas restricciones. Esto significa que si está tomando el medicamento de marca que está siendo reemplazado por el nuevo genérico (o si cambia el nivel o la restricción sobre el medicamento de marca), ya no siempre recibirá aviso del cambio 60 días antes de que lo hagamos ni obtendrá una repetición de su medicamento de marca para 60 días en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que realizamos, pero esta puede llegar después de que se realice el cambio.

Además, a partir de 2019, antes de realizar otros cambios durante el año en nuestra Guía de medicamentos que nos exigen informarle con anticipación si está tomando un medicamento, le enviaremos un aviso con 30 días de anticipación, en lugar de 60 días, antes de realizar el cambio. O bien le daremos una repetición de su medicamento de marca para 30 días, en lugar de 60 días, en una farmacia de la red.

Cuando realizamos estos cambios en la Guía de medicamentos durante el año, igual puede hablar con su médico (u otro profesional que expide la receta) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Guía de medicamentos en línea según lo programado y proveeremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en la Guía de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios a los costos de medicamentos recetados

Tenga en cuenta: si usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"), **la información acerca de los costos de medicamentos recetados de la Parte D posiblemente no le corresponda a usted.** Le enviamos la información por separado llamada "Cláusula de la *Evidencia de cobertura* para personas que reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados" (también denominada "Cláusula del subsidio por ingresos limitados" o "Cláusula LIS"), que le informa sobre sus costos de los medicamentos. Como usted recibe "Ayuda adicional" y no ha recibido esta información antes del 30 de septiembre, llame a Servicios para afiliados y pida la "Cláusula LIS". Los números de teléfono de Servicios para afiliados están en la Sección 6.1 de este manual.

Hay cuatro "etapas de pago de medicamentos". La cantidad que paga por un medicamento de la parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en que usted se encuentra. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2, de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

A continuación, se muestran los cambios para el próximo año a las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los afiliados no alcanza las otras dos etapas: el Período sin cobertura ni la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de cobertura*).

Cambios a la Etapa de deducible

Etapa	**2018** (este año)	**2019** (el año próximo)
Etapa 1: Etapa de deducible anual Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.	El deducible es **$405**. Durante esta etapa, usted paga **$0** de costos compartidos por los medicamentos del Nivel 1 y el costo total de los medicamentos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual. La cantidad de su deducible es de $0 u $83, según el nivel de "Ayuda adicional" que recibe. (Consulte el folleto por separado, la "Cláusula LIS", para saber la cantidad de su deducible).	El deducible es **$335**. Durante esta etapa, usted paga **$0** de costos compartidos por los medicamentos del Nivel 1 y el costo total de los medicamentos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual. La cantidad de su deducible es de $0 u $85, según el nivel de "Ayuda adicional" que recibe. (Consulte el folleto por separado, la "Cláusula LIS", para saber la cantidad de su deducible).

Cambios a sus costos compartidos durante la Etapa de cobertura inicial

Para obtener información sobre cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de desembolso personal que pueda pagar por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de cobertura*.

Etapa	**2018** (este año)	**2019** (el año próximo)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Una vez que usted pague el deducible anual, usted pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y **usted paga la parte del costo que le corresponde**. Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando surte su medicamento recetado en una farmacia de la red. Si desea información acerca de los	Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red: **Genéricos preferidos:** *Costos compartidos estándares*: usted paga **$10** por medicamento recetado. *Costos compartidos preferidos*: usted paga **$0** por medicamento recetado.	Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red: **Genéricos preferidos:** *Costos compartidos estándares*: usted paga **$10** por medicamento recetado. *Costos compartidos preferidos*: usted paga **$0** por medicamento recetado.

Etapa	**2018** (este año)	**2019** (el año próximo)
costos para un suministro a largo plazo o para medicamentos recetados de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su *Evidencia de cobertura*. Cambiamos el nivel de algunos medicamentos en nuestra Guía de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Guía de medicamentos.	**Genéricos:** *Costos compartidos estándares*: usted paga **$20** por medicamento recetado. *Costos compartidos preferidos*: usted paga **$4** por medicamento recetado. **De marca preferidos:** *Costos compartidos estándares*: usted paga **$47** por medicamento recetado. *Costos compartidos preferidos*: usted paga **$47** por medicamento recetado. **Medicamentos no preferidos:** *Costos compartidos estándares*: usted paga **$100** por medicamento recetado. *Costos compartidos preferidos*: usted paga **$100** por medicamento recetado. **Nivel de especialidad:** *Costos compartidos estándares*: usted paga **25%** por medicamento recetado. *Costos compartidos preferidos*: usted paga **25%** por medicamento recetado. Una vez que el costo total de sus medicamentos alcance **$3750**, pasará a la próxima etapa (el Período sin cobertura).	**Genéricos:** *Costos compartidos estándares*: usted paga **$20** por medicamento recetado. *Costos compartidos preferidos*: usted paga **$4** por medicamento recetado. **De marca preferidos:** *Costos compartidos estándares*: usted paga **$47** por medicamento recetado. *Costos compartidos preferidos*: usted paga **$47** por medicamento recetado. **Medicamentos no preferidos:** *Costos compartidos estándares*: usted paga **$100** por medicamento recetado. *Costos compartidos preferidos*: usted paga **$100** por medicamento recetado. **Nivel de especialidad:** *Costos compartidos estándares*: usted paga **26%** por medicamento recetado. *Costos compartidos preferidos*: usted paga **26%** por medicamento recetado. Una vez que el costo total de sus medicamentos alcance **$3820**, pasará a la próxima etapa (el Período sin cobertura).

Cambios al Período sin cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica

El Período sin cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica son otras dos etapas de cobertura para medicamentos para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los afiliados no alcanza ninguna de esas dos etapas**.

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 Si desea permanecer en CareNeeds PLUS (HMO SNP)

No necesita hacer nada para permanecer en nuestro plan. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare original, automáticamente quedará inscrito como afiliado de nuestro plan en 2019.

Sección 2.2 Si desea cambiar de planes

Esperamos mantenerle como afiliado el próximo año, pero si desea cambiar en 2019, siga estos pasos:

Paso 1: Obtenga más información acerca de sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- -- *O*-- Puede cambiarse a Medicare original. Si usted se cambia a Medicare original, tendrá que decidir si inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Si usted se cambia a Medicare original, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información acerca de Medicare original y los distintos tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y usted para 2019*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (consulte la Sección 4), o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información acerca de los planes en su área con el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Vaya a https://es.medicare.gov y haga clic en "Buscar planes de salud y de medicamentos". **Aquí puede encontrar información sobre los costos, la cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse **a un plan de salud de Medicare distinto**, inscríbase en el nuevo plan. Se le desafiliará automáticamente de CareNeeds PLUS (HMO SNP).
- Para **cambiarse a Medicare original con un plan de medicamentos recetados,** inscríbase en el nuevo plan de medicamentos. Se le desafiliará automáticamente de CareNeeds PLUS (HMO SNP).
- Para **cambiarse a Medicare original sin un plan de medicamentos recetados,** usted debe:
  - Enviarnos una solicitud de desafiliación por escrito. Póngase en contacto con Servicios para afiliados si necesita más información sobre cómo hacerlo, (los números de teléfono están en la Sección 6.1 de este manual).

– – *o* – Ponerse en contacto con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana, y solicitar la desafiliación. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si cambia a Medicare original y **no** se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática.

SECCIÓN 3 Cambiar de planes

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

¿Hay otros períodos del año para realizar un cambio?

En determinadas situaciones, también se pueden hacer cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, las que reciben "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, las que tienen o dejan la cobertura del patrono, y las que se mudan fuera del área de servicio, pueden tener permitido realizar cambios en otros momentos del año. A partir de 2019, hay nuevos límites en la frecuencia con la que puede cambiar de plan. Si desea más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.1, de la *Evidencia de cobertura*.

Tenga en cuenta: a partir del 1 de enero de 2019, si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan.

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

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratis acerca de Medicare y Medicaid

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado.

Un Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) es independiente (no tiene conexión con ninguna compañía de seguro o plan médico). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento local y **gratis** sobre el seguro médico a las personas con Medicare. Los asesores del Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas con Medicare. Le pueden ayudar a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca del cambio de planes. Puede llamar a su Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico al número que está en el "Anexo A" en la parte final de este manual.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, contacte a su agencia estatal de Medicaid. Pregunte de qué forma inscribirse en otro plan o volver a Medicare original influye en cómo recibe su cobertura de Medicaid. Puede llamar a su agencia estatal de Medicaid al número que está en el "Anexo A" en la parte final de este manual.

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted puede ser elegible para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados. A continuación, indicamos diferentes tipos de ayuda:

- **"Ayuda adicional" de Medicare**. Como usted tiene Medicaid, ya está inscrito en "Ayuda adicional", también conocida como Subsidio por ingresos limitados. La ayuda adicional paga una parte de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Como usted es elegible, no tiene un período sin cobertura ni multa por afiliación tardía. Si tiene preguntas sobre "Ayuda adicional", llame al:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los siete 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 de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con los costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA**. El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el programa ADAP que están viviendo con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos esenciales contra el VIH. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluidos la prueba de residencia estatal y condición de VIH, bajos ingresos, según lo definido por el Estado, y el estatus de no tener seguro o tener seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP son elegibles para recibir asistencia con los costos compartidos de medicamentos recetados a través del programa ADAP. Para obtener información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame al programa ADAP (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en el "Anexo A" en la parte final de este manual).

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1 Recibir ayuda de CareNeeds PLUS (HMO SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para afiliados al 1-800-794-5907. (TTY únicamente, llame al 711). Estamos disponibles para atender las llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana, entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes, entre el 1 de abril y el 30 de septiembre.

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

Esta *Notificación anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2019. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de CareNeeds PLUS (HMO SNP) para 2019. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Le explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Para obtener la *Evidencia de*

cobertura, llame a Servicios para afiliados (consulte más arriba) o visite nuestro sitio web (**www.careplushealthplans.com**).

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en **es.careplushealthplans.com**. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Guía de medicamentos).

Sección 6.2 Recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete 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://es.medicare.gov). Tiene información sobre costo, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información acerca de los planes disponibles en su área con el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a https://es.medicare.gov y haga clic en "Buscar planes de salud y de medicamentos").

Lea *Medicare y usted 2019*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2019*. Este manual se envía por correo a las personas que tienen Medicare todos los años en otoño. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes que se hacen sobre Medicare. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (https://es.medicare.gov) o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6.3 Recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a su agencia estatal de Medicaid a los números que se encuentran en el "Anexo A" en la parte final de este manual.

Información de contacto de las agencias estatales

Esta sección provee la información de contacto de las agencias estatales a las que se hace referencia en las Secciones 4 y 5 de la Notificación anual de cambios. Si tiene problemas para localizar la información que busca, contacte a Servicios para afiliados al número de teléfono en la contraportada de este manual.

Florida	
Nombre del programa SHIP e información de contacto	Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) 4040 Esplanade Way Suite 270 Tallahassee,FL 32399-7000 1-800-963-5337 (llamada gratuita) 1-850-955-8771 (TTY) 1-850-414-2150 (fax) De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. http://www.floridaSHINE.org
Organización para el mejoramiento de la calidad	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa,FL 33609 1-888-317-0751 1-855-843-4776 (TTY) 1-833-868-4058 (Fax)
Oficina estatal de Medicaid	Florida Agency for Health Care Administration 1317 Winewood Blvd. Building 1 Room 202 Tallahassee,FL 32399-0700 1-866-762-2237 (llamada gratuita) 1-850-487-1111 (local) 1-850-922-2993 (fax) De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. http://www.fdhc.state.fl.us/
Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA	Florida ADAP Program HIV/AIDS Section 4052 Bald Cypress Way Tallahassee,FL 32399 1-850-245-4422 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) (español) 1-800-2437-101 (1-800-AIDS-101) (Kreyòl Ayisyen) 1-888-503-7118 (TTY) De lunes a viernes, de 8 a.m. a 4:30 p.m. http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html

Aviso sobre prácticas de privacidad para la información personal sobre su salud

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. ANALÍCELO DETENIDAMENTE.

La privacidad de su información personal y de salud es importante. No necesita hacer nada a menos que tenga una solicitud o una queja.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, según lo permitan las leyes. Esto incluye el derecho a hacer cambios a nuestras prácticas de privacidad y a los términos revisados de nuestro aviso en vigencia para toda la información personal y de salud que conservemos. Esto incluye información que creamos o que recibamos antes de hacer los cambios. Cuando realicemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y enviaremos a los afiliados de nuestro plan de salud el correspondiente aviso.

¿Qué es información personal y de salud?
La información personal y de salud, que de ahora en adelante será denominada "información", incluye tanto información médica como información que permite la identificación individual, como su nombre, dirección, número de teléfono o número de Seguro Social. El término "información" en este aviso incluye toda información personal y sobre salud que genera o recibe un proveedor de cuidado médico o un plan de salud que se relaciona con su salud física o mental o su afección, la prestación de servicios de cuidado de la salud que usted recibe o el pago de esos servicios de cuidado de la salud. Protegemos esta información en todos los formatos, incluida información electrónica, escrita y oral.

¿Cómo protegemos su información?
Cumpliendo con las leyes federales y estatales, así como con nuestra propia política, tenemos la responsabilidad de proteger la privacidad de su información. Entre los procedimientos que tenemos para proteger su información de diversas formas se incluyen:
- Limitamos el número de personas que pueden ver su información.
- Limitamos la forma en que podemos usar o divulgar su información.
- Le informamos a usted acerca de nuestros deberes legales acerca de su información.
- Capacitamos a nuestros asociados acerca de los procedimientos y políticas de privacidad de nuestra compañía.

¿Cómo usamos y divulgamos su información?
Debemos usar y divulgar su información:
- A usted o a cualquier persona que tenga derecho legal de actuar en su nombre.
- A la Secretaría del Departamento de salud y servicios humanos.
- Cuando lo exija la ley.

Tenemos derecho a usar y divulgar su información:
- A un médico, hospital u otro proveedor de cuidado médico para que usted pueda recibir cuidado médico.
- Para actividades de pago, incluido el pago de reclamaciones por servicios cubiertos provistos a usted por proveedores de cuidado médico, y para pagos de las primas del plan de salud.
- Para actividades de funcionamiento del cuidado de la salud, que incluyen procesar su inscripción, responder a sus preguntas y a sus solicitudes de servicios, coordinar su cuidado médico, resolver disputas, realizar administración médica, mejorar la calidad, revisar la competencia de los profesionales del cuidado de la salud y determinar las primas.
- Para realizar actividades de suscripción. No obstante, no usaremos ningún resultado de exámenes genéticos ni haremos preguntas con respecto a su historia familiar.
- Al patrocinador de su plan para permitirle realizar funciones de administración del plan, como elegibilidad y actividades de inscripción y desafiliación. Podemos compartir información de salud resumida sobre usted con el patrocinador de su plan en ciertos casos, como permitirle a este obtener ofertas de otros planes de salud. No compartiremos información de salud detallada con el patrocinador de su plan a menos que usted nos dé su

autorización o que el patrocinador de su plan haya certificado que se compromete a mantener la privacidad de su información.
- Para contactarle con información acerca de servicios y beneficios relacionados con la salud, recordatorios de citas, o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés si no ha optado por no recibir este tipo de información según se describe a continuación.
- A sus familiares y amigos si usted no puede comunicarse, como en un caso de emergencia.
- A sus familiares y amigos o a cualquier otra persona que usted identifique, siempre y cuando la información sea directamente pertinente con la participación de dichas personas en su cuidado de la salud o en el pago de dicho cuidado. Por ejemplo, si un familiar o cuidador nos llama con conocimiento previo de una reclamación, nosotros podemos confirmar si la reclamación ha sido recibida y pagada o no.
- Para proveer información de pago al suscriptor para sustentación ante el Servicio de impuestos internos.
- A las agencias de salud pública si consideramos que existe una grave amenaza para la salud o seguridad.
- A las autoridades pertinentes cuando hay problemas de abuso, negligencia o violencia familiar.
- En respuesta a una orden administrativa o del tribunal, citación, solicitud de revelación u otros procesos legales.
- Con fines de aplicación de la ley, a las autoridades militares y según sea exigido de cualquier otra forma por la ley.
- Para asistencia durante un desastre.
- Para programas de cumplimiento y actividades de supervisión de salud.
- Para cumplir nuestras obligaciones bajo contrato o en virtud de la ley de compensación laboral.
- Para evitar una grave e inminente amenaza para su salud o seguridad o para la salud o seguridad de otras personas.
- Con fines de investigación, en circunstancias limitadas.
- Para obtención, remisión al banco de órganos o trasplante de órganos, ojos o tejido.
- A un médico forense, examinador médico o director funerario.

¿Usaremos su información para fines no descritos en este aviso?
En todas las situaciones distintas a las descritas en este aviso, le solicitaremos su autorización escrita antes de usar o divulgar su información. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito. No divulgaremos ni usaremos su información con ningún otro fin que no esté descrito en este aviso sin su autorización. Los siguientes usos y divulgaciones requerirán una autorización:
- La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia.
- Los fines de marketing.
- La venta de información de salud protegida.

¿Qué hacemos con su información cuando usted deja de ser afiliado o si no obtiene cobertura a través de nosotros?
Su información puede seguir siendo usada con los fines descritos en este aviso cuando se le dé de baja a su afiliación o si usted no obtiene cobertura a través de Humana. Después del período de retención legal requerido, destruimos la información siguiendo estrictos procedimientos para mantener la confidencialidad.

¿Cuáles son mis derechos con respecto a mi información?
A continuación, se indican sus derechos con respecto a su información. Tenemos el compromiso de responder a su solicitud sobre sus derechos de manera oportuna:
- Acceso: usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información que puede ser usada para tomar decisiones acerca de usted, como reclamaciones y registros de coordinación de casos o de servicios médicos. También puede recibir un resumen de esta información de salud. Si solicita copias, podemos cobrarle un cargo por cada página y por hora de trabajo del personal para localizar y copiar su información, además del franqueo.
- Decisión adversa sobre la suscripción: usted tiene derecho a que le provean el motivo para el rechazo o decisión adversa sobre la suscripción si negamos su solicitud de seguro. *
- Comunicación alterna: usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales de información de una manera distinta o en un lugar diferente para evitar una situación que ponga en riesgo la vida. Procesaremos su solicitud si es razonable.
- Enmienda: usted tiene derecho a solicitar que se hagan correcciones a la información que conservamos de usted si cree que la información está incompleta o si hay un error. Podemos negar su solicitud si no generamos

la información, si no mantenemos la información o si la información es precisa y completa. Si le negamos su solicitud, le entregaremos una explicación por escrito sobre los motivos del rechazo.
- Divulgación: usted tiene derecho a recibir una lista de las veces en las cuales nosotros o nuestros asociados comerciales hayamos divulgado su información con otros fines que no hayan sido los de tratamiento, pago, operaciones de plan de salud y otras actividades determinadas. Mantenemos esta información y la ponemos a su disposición durante un período de seis años, previa solicitud por su parte. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable basado en los costos por responder a estas solicitudes adicionales.
- Aviso: usted tiene derecho a recibir una copia por escrito de este aviso en cualquier momento que lo solicite.
- Restricción: usted tiene derecho a pedir que se restrinja el uso o la divulgación de su información. No se nos exige aceptar estas restricciones, pero en caso de que lo hagamos, acataremos nuestro acuerdo. También tiene derecho a aceptar o terminar una restricción presentada anteriormente.

¿Qué tipos de comunicaciones que me hagan puedo optar por no recibir?
- Recordatorios de citas
- Alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios relacionados con la salud
- Actividades de recaudación de fondos

¿Cómo ejerzo mis derechos o cómo obtengo una copia de este aviso?
Todos sus derechos de privacidad pueden ser ejercidos a través de los formularios de solicitud de los derechos de privacidad aplicables. Puede conseguir cualquiera de los formularios al:
- Contactarnos al 1-866-861-2762 a cualquier hora
- Ingresar a nuestro sitio web en **espanol.humana.com** y entrar al enlace de “Prácticas de privacidad”
- Enviarnos un correo electrónico a privacyoffice@humana.com

* Este derecho solo se aplica a nuestros residentes de Massachusetts según las regulaciones estatales.

Envíe el formulario de solicitud completado a:
Humana Inc.
Privacy Office 003/10911
101 E. Main Street
Louisville, KY 40202

¿Qué debo hacer si creo que han violado mi privacidad?
Si cree que se ha violado su privacidad de alguna forma, puede presentar una queja ante nosotros llamándonos al 1-866-861-2762 en cualquier momento.

También puede presentar una queja por escrito al Departamento de salud y servicios humanos de EE. UU., Oficina de derechos civiles (OCR, por sus siglas en inglés). Si lo solicita, le informaremos la dirección de la OCR regional pertinente. También tiene la opción de enviar su queja por correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov. Respaldamos su derecho de proteger la privacidad de su información personal y de salud. No será objeto de represalia alguna si opta por presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de salud y servicios humanos de EE. UU.

Cumplimos todas las leyes, normas y reglamentos federales y estatales relacionados con la protección de la información personal y de salud. En situaciones en que exista conflicto entre las leyes, normas y reglamentos federales y estatales, cumplimos la ley, norma o reglamento que provea mayor protección a los afiliados.

¿Qué sucederá si mi información privada es usada o divulgada de manera indebida?
Usted tiene derecho a recibir un aviso de que ha ocurrido un incumplimiento que ha originado que su información privada no segura haya sido usada o divulgada de manera indebida. Le informaremos de manera oportuna en caso de que dicho incumplimiento ocurra.

Las siguientes afiliadas y subsidiarias también se adhieren a nuestros procedimientos y políticas de privacidad:

American Dental Plan of North Carolina, Inc.
American Dental Providers of Arkansas, Inc.
Arcadian Health Plan, Inc.
CarePlus Health Plans, Inc.
Cariten Health Plan, Inc.
Cariten Insurance Company
CHA HMO, Inc.
CompBenefits Company
CompBenefits Dental, Inc.
CompBenefits Insurance Company
CompBenefits of Alabama, Inc.
CompBenefits of Georgia, Inc.
Corphealth Provider Link, Inc.
DentiCare, Inc.
Emphesys, Inc.
Emphesys Insurance Company
HumanaDental Insurance Company
Humana AdvantageCare Plan, Inc., anteriormente conocida como Metcare Health Plans, Inc.
Humana Behavioral Health
Humana Benefit Plan of Illinois, Inc., anteriormente conocida como OSF Health Plans, Inc.
Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc.
Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.
Humana Health Company of New York, Inc.
Humana Health Insurance Company of Florida, Inc.
Humana Health Plan of California, Inc.
Humana Health Plan of Ohio, Inc.
Humana Health Plan of Texas, Inc.
Humana Health Plan, Inc.
Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc.
Humana Insurance Company
Humana Insurance Company of Kentucky
Humana Insurance Company of New York
Humana Insurance of Puerto Rico, Inc.
Humana MarketPOINT, Inc.
Humana MarketPOINT of Puerto Rico, Inc.
Humana Medical Plan, Inc.
Humana Medical Plan of Michigan, Inc.
Humana Medical Plan of Pennsylvania, Inc.
Humana Medical Plan of Utah, Inc.
Humana Pharmacy, Inc.
Humana Regional Health Plan, Inc.
Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation
Kanawha Insurance Company*
Managed Care Indemnity, Inc.
Preferred Health Partnership of Tennessee, Inc.
The Dental Concern, Inc.
The Dental Concern, Ltd.
*Estas afiliadas y subsidiarias están cubiertas solo por la sección de Aviso de privacidad sobre información financiera.

CarePlus
HEALTH PLANS

La discriminación es contra la ley

CarePlus Health Plans, Inc. ("CarePlus") cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión. CarePlus no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión.

CarePlus proporciona:

- Asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes acreditados de lenguaje de señas
  - Interpretación remota por video
  - Información escrita en otros formatos
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, cuando dichos servicios son necesarios para proporcionar un acceso significativo como los siguientes:
  - Intérpretes acreditados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, llame al número que se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación de afiliado o comuníquese con Servicios para Afiliados usando la información a continuación.

Si considera que CarePlus no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión, puede presentar una queja con:

CarePlus Health Plans, Inc.
Atención: Departamento de Servicios para Afiliados
11430 NW 20th Street, Suite 300
Miami, FL 33172

Teléfono: 1-800-794-5907 (TTY: 711)
Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m.
Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
Usted tambien puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

Fax: 1-800-956-4288

Puede presentar la queja en persona, por correo postal, teléfono o fax. Si necesita ayuda para hacer la queja, nuestros representantes de Servicio para Afiliados están a su disposición usando la información de contacto detallada anteriormente.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019; 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de quejas en el sitio web http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-794-5907 (TTY: 711).

繁體中文 (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 1-800-794-5907 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-794-5907 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-794-5907 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-794-5907 (телетайп: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-794-5907 (ATS : 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-794-5907 (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-794-5907 (TTY: 711).

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร1-800-794-5907 (TTY: 711).

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dęę', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojį' hódíílnih 1-800-794-5907 (TTY: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-794-5907 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

CarePlus Health Plans, Inc.
P.O. Box 14098
Lexington, KY 40512-4098

H1019090000ANOCSP19

Información importante sobre los cambios a su plan de medicamentos y salud de Medicare



Más información en el interior

Este es un resumen de los cambios a su **plan CarePlus** a partir del 1 de enero de 2019.

CarePlus HEALTH PLANS

CarePlusHealthPlans.com
1-800-794-5907 (TTY: 711)