CareNeeds (HMO D-SNP)
H1019-085

# 2020



# NOTIFICACIÓN ANUAL DE CAMBIOS

## Norte de Florida

### Condado de Clay y Duval

CarePlus HEALTH PLANS

H1019_ANOC_MAPD_HMO_085000_2020_SP_M

H1019085000ANOCSP20



# Gracias por ser un afiliado de CarePlus.

Agradecemos la confianza que deposita en nosotros para sus necesidades de cuidado de la salud. CarePlus se compromete a ofrecer los beneficios y los servicios que les resulten más útiles a nuestros afiliados para ahorrar dinero y tener el mejor estado de salud posible.

Este folleto muestra una comparación entre sus beneficios de 2019 y sus beneficios de 2020. Si desea mantener su plan actual, no tiene que hacer nada.

## La información que necesita está a solo un clic de distancia

A partir del 15 de octubre de 2019, podrá encontrar estos documentos correspondientes a 2020 en línea en: **www.careplushealthplans.com/medicare-plans/2020:**

- **Evidencia de cobertura**
  Detalles completos sobre su plan de CarePlus, incluyendo beneficios y costos
- **Guía de medicamentos Recetados (Lista de Medicamentos)**
  La lista de los medicamentos cubiertos por su plan
- **Directorio de proveedores**
  La lista de los médicos, las farmacias y otros proveedores que están en su red

Si prefiere que le enviemos una copia impresa de estos documentos por correo postal, complete nuestro formulario de solicitud en línea en: **www.careplushealthplans.com/medicare-plans/request-printed-pharmacy-materials**. También puede llamar al **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 también 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.

**CareNeeds (HMO D-SNP) ofrecido por CarePlus Health Plans, Inc.**

# Notificación anual de cambios para 2020

Actualmente, usted está inscrito como afiliado de CareNeeds (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 2020 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 en nuestra red sus médicos, incluidos los especialistas que ve regularmente?
- ¿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

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

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.

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 (HMO D-SNP), no tiene que hacer nada. Permanecerá en CareNeeds (HMO D-SNP).
- Si desea **cambiar a un plan diferente** que tal vez sea mejor para satisfacer sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7. Consulte la sección 2.2 para obtener más información acerca de sus opciones.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, inscríbase en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019.**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2019**, permanecerá en CareNeeds (HMO D-SNP).
- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**, su cobertura nueva comenzará el **1 de enero de 2020**.

**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 (HMO D-SNP)**

- CareNeeds (HMO D-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 (HMO D-SNP).

## Resumen de costos importantes para 2020

La siguiente tabla compara los costos de 2019 y los costos para 2020 de CareNeeds (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Obtenga una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en **www.careplushealthplans.com**. También puede llamar a Servicios para afiliados para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo postal.

Si es elegible para recibir asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga $0 por los beneficios que se indican a continuación.

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|---|---|---|
| | **Dentro de la red** | **Dentro de la red** |
| **Prima mensual del plan***<br><br>* Su prima puede ser superior o inferior a esta cantidad. Para ver información detallada, consulte la Sección 1.1. | **$0 o hasta $13.50** | **$0 o hasta $7.80** |
| **Cantidad máxima de desembolso personal**<br><br>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**<br><br>Si es elegible para asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de desembolso personal de la cantidad máxima de desembolso personal para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. | **$3,400**<br><br>Si es elegible para asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto 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:<br>Copago de **$0** por consulta | Consultas de cuidado primario:<br>Copago de **$0** por consulta |
| | Consultas al especialista:<br>Copago de **$0** por consulta | Consultas al especialista:<br>Copago de **$0** por consulta |

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|---|---|---|
| | **Dentro de la red** | **Dentro de la red** |
| **Estadías en el hospital como paciente internado**<br><br>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. | Internación en un hospital preferido:<br>**$125** de copago cada día por los días 1 - 10<br><br>**$0** de copago cada día por los días 11 - 90<br><br>Internación en un hospital no preferido:<br>**$249** de copago cada día por los días 1 - 10<br><br>**$0** de copago cada día por los días 11 - 90<br><br>Si es elegible para asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga $0. | Internación en un hospital preferido:<br>**$125** copayment cada día por los días 1 - 10<br><br>**$0** de copago cada día por los días 11 - 90<br><br>Internación en un hospital no preferido:<br>**$249** de copago cada día por los días 1 - 10<br><br>**$0** de copago cada día por los días 11 - 90<br><br>Si es elegible para asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga $0. |
| **Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D**<br><br>(Para ver información detallada, consulte la Sección 1.6). | Deducible: **$310**<br><br>Copagos o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:<br><br>Por un suministro de 30 días de una **farmacia minorista** con costos compartidos preferidos<br>• Nivel 1 de medicamentos: **$0**<br>• Nivel 2 de medicamentos: **$9**<br>• Nivel 3 de medicamentos: **$47**<br>• Nivel 4 de medicamentos: **$100**<br>• Nivel 5 de medicamentos: **27%** | Deducible: **$435**<br><br>Copagos o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:<br><br>Por un suministro de 30 días de una **farmacia minorista** con costos compartidos preferidos<br>• Nivel 1 de medicamentos: **$0**<br>• Nivel 2 de medicamentos: **$9**<br>• Nivel 3 de medicamentos: **$47**<br>• Nivel 4 de medicamentos: **$100**<br>• Nivel 5 de medicamentos: **25%** |
| | Por un suministro de 30 días de una **farmacia minorista** con costos compartidos estándares<br>• Nivel 1 de medicamentos: **$10**<br>• Nivel 2 de medicamentos: **$20**<br>• Nivel 3 de medicamentos: **$47**<br>• Nivel 4 de medicamentos: **$100**<br>• Nivel 5 de medicamentos: **27%** | Por un suministro de 30 días de una **farmacia minorista** con costos compartidos estándares<br>• Nivel 1 de medicamentos: **$10**<br>• Nivel 2 de medicamentos: **$20**<br>• Nivel 3 de medicamentos: **$47**<br>• Nivel 4 de medicamentos: **$100**<br>• Nivel 5 de medicamentos: **25%** |

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (el año próximo) |
|---|---|---|
| | **Dentro de la red** | **Dentro de la red** |
| | Por un suministro de 90 días de una **farmacia de pedido por correo** con costos compartidos preferidos<br>• Nivel 1 de medicamentos: **$0**<br>• Nivel 2 de medicamentos: **$0**<br>• Nivel 3 de medicamentos: **$131**<br>• Nivel 4 de medicamentos: **$290**<br>• Nivel 5 de medicamentos: no disponible | Por un suministro de 90 días de una **farmacia de pedido por correo** con costos compartidos preferidos<br>• Nivel 1 de medicamentos: **$0**<br>• Nivel 2 de medicamentos: **$0**<br>• Nivel 3 de medicamentos: **$131**<br>• Nivel 4 de medicamentos: **$290**<br>• Nivel 5 de medicamentos: no disponible |
| | Por un suministro de 90 días de una **farmacia de pedido por correo** con costos compartidos estándares<br>• Nivel 1 de medicamentos: **$30**<br>• Nivel 2 de medicamentos: **$60**<br>• Nivel 3 de medicamentos: **$141**<br>• Nivel 4 de medicamentos: **$300**<br>• Nivel 5 de medicamentos: no disponible | Por un suministro de 90 días de una **farmacia de pedido por correo** con costos compartidos estándares<br>• Nivel 1 de medicamentos: **$30**<br>• Nivel 2 de medicamentos: **$60**<br>• Nivel 3 de medicamentos: **$141**<br>• Nivel 4 de medicamentos: **$300**<br>• Nivel 5 de medicamentos: no disponible |

# *Notificación anual de cambios* para 2020
# Índice

**Resumen de costos importantes para 2020.....6**

**SECCIÓN 1 Cambios a los beneficios y costos 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.....11

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.....14

**SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir.....17**

Sección 2.1 – Si desea permanecer en CareNeeds (HMO D-SNP).....17

Sección 2.2 – Si desea cambiar de planes.....17

**SECCIÓN 3 Cambiar de planes.....18**

**SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratis acerca de Medicare y Medicaid.....19**

**SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....19**

**SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?.....20**

Sección 6.1 – Recibir ayuda de CareNeeds (HMO D-SNP).....20

Sección 6.2 – Recibir ayuda de Medicare.....20

Sección 6.3 – Recibir ayuda de Medicaid.....21

**Anexo A. Información de contacto de las agencias estatales.....23**

Se enumeran los nombres, direcciones, números de teléfono y otra información de contacto para una variedad de recursos útiles en su estado

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

## Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual

| Costo | **2019** (este año) | **2020** (el año próximo) |
|---|---|---|
| **Prima mensual**<br>(Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted). | **$0 o hasta $13.50**<br><br>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 $7.80**<br><br>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 | **2019** (este año) | **2020** (el año próximo) |
|---|---|---|
| | **Dentro de la red** | **Dentro de la red** |
| **Cantidad máxima de desembolso personal**<br><br>**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 gasto de desembolso personal de la cantidad máxima de desembolso personal para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.<br><br>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**<br><br>Una vez que haya 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 2020 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, debemos 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 2020 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* le informa sobre los cambios en 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 2020. Obtenga una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en **www.careplushealthplans.com**. También puede llamar a Servicios para afiliados para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo postal.

Los servicios recibidos en Clínicas de salud rurales, Clínicas de salud calificadas federalmente y Hospitales de acceso crítico pueden estar sujetos al copago de médico o especialista de cuidado primario para 2020.

Si es elegible para recibir asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga $0 por los beneficios que se indican a continuación.

| **Costo** | **2019** (este año) | **2020** (el año próximo) |
|---|---|---|
| | **Dentro de la red** | **Dentro de la red** |
| **Servicios dentales** | | |
| • Servicios dentales rutinarios: | **DEN093**<br>Copago de **$0** por examen oral integral, radiografía panorámica, hasta 1 cada 3 años.<br>Copago de **$0** por dentaduras postizas completas o prótesis parciales, hasta 1 juego(s) cada 5 años.<br>Copago de **$0** por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante por año.<br>Copago de **$0** por radiografías de mordida, hasta 1 juego(s) por año.<br>Copago de **$0** por corona, conducto radicular, hasta 1 por año.<br>Copago de **$0** por examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año.<br>Copago de **$0** por empaste de amalgama y/o composite, hasta 4 por año.<br>Copago de **$0** por extracción simple o quirúrgica, hasta 6 por año.<br>Copago de **$0** por anestesia necesaria con servicios cubiertos, sin límite por año. | **DEN874**<br>Copago de **$0** por examen oral integral, hasta 1 cada 3 años.<br>Copago de **$0** por dentaduras postizas completas o dentaduras postizas parciales, hasta 1 juego(s) cada 5 años.<br>Copago de **$0** por alisado y raspado radicular (limpieza profunda), hasta 1 por cuadrante por año.<br>Copago de **$0** por revestimiento de dentadura postiza, radiografía panorámica, conducto radicular, hasta 1 por año.<br>Copago de **$0** por radiografías de mordida, hasta 2 juego(s) por año.<br>Copago de **$0** por corona, examen oral periódico, profilaxis (limpieza), hasta 2 por año.<br>Copago de **$0** por empaste de amalgama y/o composite, hasta 4 por año.<br>Copago de **$0** por extracción simple o quirúrgica, hasta 6 por año.<br>Copago de **$0** por anestesia necesaria con servicios cubiertos, sin límite por año. |

| **Costo** | **2019** (este año) | **2020** (el año próximo) |
|---|---|---|
| | **Dentro de la red** | **Dentro de la red** |
| **Programas de educación de salud y bienestar**<br>• Línea directa de enfermería CarePlus | Hay cobertura | No hay cobertura |
| **Programa de comidas Well Dine** | Copago de **$0** por 2 comidas por día durante 5 días, hasta 10 comidas enviadas al domicilio del afiliado luego de una hospitalización de paciente internado en un centro de enfermería o un hospital.<br>Límite de 4 veces por año.<br>Copago de **$0** por 2 comidas por día durante 10 días.<br>Hasta 20 comidas, que se envían al domicilio del afiliado para contribuir a fijar una dieta apropiada para la diabetes mellitus, con la aprobación del médico.<br>Copago de **$0** por 2 comidas por día durante 10 días.<br>Hasta 20 comidas, que se envían al domicilio del afiliado para contribuir a fijar una dieta apropiada para la insuficiencia cardíaca crónica, con la aprobación del médico.<br>Copago de **$0** por 2 comidas por día durante 10 días.<br>Hasta 20 comidas, que se envían al domicilio del afiliado para contribuir a fijar una dieta apropiada para trastornos cardiovasculares, con la aprobación del médico. | No hay cobertura |
| **Programa de comidas Deliver Fresh** | No hay cobertura | Copago de **$0** por 2 comidas recién elaboradas por día durante 5 días, hasta 10 comidas enviadas al domicilio del afiliado luego de una hospitalización de paciente internado en un centro de enfermería o un hospital.<br>Límite de 4 veces por año. |
| **Servicios de telesalud adicionales** | | |

| Costo | **2019** (este año) | **2020** (el año próximo) |
|---|---|---|
| | **Dentro de la red** | **Dentro de la red** |
| • Por servicios de telesalud adicionales, usted paga: | | |
| – por una consulta virtual con un médico de cuidado primario | No se aplica | Copago de **$0** |
| – por una consulta virtual de salud del comportamiento y farmacodependencia | No se aplica | Copago de **$0** |
| – por una consulta virtual de cuidado de urgencia | No se aplica | Copago de **$0** |

## 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/2020-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 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.

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 | **2019** (este año) | **2020** (el año próximo) |
|---|---|---|
| **Etapa 1: Etapa de deducible anual**<br><br>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 **$310**.<br><br>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.<br><br>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). | El deducible es **$435**.<br><br>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.<br><br>La cantidad de su deducible es de $0 u $89, 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 | **2019** (este año) | **2020** (el año próximo) |
|---|---|---|
| **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**<br><br>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**.<br><br>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 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*.<br><br>Cambiamos el nivel de algunos medicamentos en nuestra Guía de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel | Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red:<br><br>**Genéricos preferidos:**<br>*Costos compartidos estándares*: usted paga **$10** por medicamento recetado.<br><br>*Costos compartidos preferidos:* usted paga **$0** por medicamento recetado.<br><br>**Genéricos:**<br>*Costos compartidos estándares:* usted paga **$20** por medicamento recetado.<br><br>*Costos compartidos preferidos*: usted paga **$9** por medicamento recetado.<br><br>**De marca preferidos:**<br>*Costos compartidos estándares:* usted paga **$47** por medicamento recetado. | Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red:<br><br>**Genéricos preferidos:**<br>*Costos compartidos estándares:* usted paga **$10** por medicamento recetado.<br><br>*Costos compartidos preferidos*: usted paga **$0** por medicamento recetado.<br><br>**Genéricos:**<br>*Costos compartidos estándares:* usted paga **$20** por medicamento recetado.<br><br>*Costos compartidos preferidos*: usted paga **$9** por medicamento recetado.<br><br>**De marca preferidos:**<br>*Costos compartidos estándares:* usted paga **$47** por medicamento recetado. |

| Etapa | **2019** (este año) | **2020** (el año próximo) |
|---|---|---|
| diferente, búsquelos en la Guía de medicamentos. | *Costos compartidos preferidos*: usted paga **$47** por medicamento recetado.<br><br>**Medicamentos no preferidos:**<br>*Costos compartidos estándares:* usted paga **$100** por medicamento recetado.<br><br>*Costos compartidos preferidos:* usted paga **$100** por medicamento recetado.<br><br>**Nivel de especialidad:**<br>*Costos compartidos estándares:* usted paga **27%** por medicamento recetado.<br><br>*Costos compartidos preferidos*: usted paga **27%** por medicamento recetado.<br><br>Una vez que el costo total de sus medicamentos alcance **$3,820**, pasará a la próxima etapa (el Período sin cobertura). | *Costos compartidos preferidos*: usted paga **$47** por medicamento recetado.<br><br>**Medicamentos no preferidos:**<br>*Costos compartidos estándares:* usted paga **$100** por medicamento recetado.<br><br>*Costos compartidos preferidos*: usted paga **$100** por medicamento recetado.<br><br>**Nivel de especialidad:**<br>*Costos compartidos estándares:* usted paga **25%** por medicamento recetado.<br><br>*Costos compartidos preferidos*: usted paga **25%** por medicamento recetado.<br><br>Una vez que el costo total de sus medicamentos alcance **$4,020**, 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 (HMO D-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 2020.

### Sección 2.2 – Si desea cambiar de planes

Esperamos mantenerle como afiliado el próximo año, pero si desea cambiar en 2020, 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.

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 2020*, 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 (HMO D-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 (HMO D-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 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2020.

**¿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.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2020, 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 2020. 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 (HMO D-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. Las llamadas a estos números son gratis.

**Lea su *Evidencia de cobertura* para 2020 (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 2020. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de CareNeeds (HMO D-SNP) para 2020. 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. Obtenga una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en **www.careplushealthplans.com**. También puede llamar a Servicios para afiliados para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo postal.

**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 2020***

Puede leer el manual *Medicare y usted 2020*. 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.

# Anexo A – 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 esta 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)<br>4040 Esplanade Way<br>Suite 270<br>Tallahassee,FL 32399-7000<br>1-800-963-5337 (llamada gratuita)<br>1-800-955-8770 (TTY)<br>1-850-414-2150 (fax)<br>http://www.floridaSHINE.org |
| **Organización para el mejoramiento de la calidad** | KEPRO<br>5201 W. Kennedy Blvd.<br>Suite 900<br>Tampa,FL 33609<br>1-888-317-0751<br>1-855-843-4776 (TTY)<br>1-833-868-4058 (Fax) |
| **Oficina estatal de Medicaid** | Florida Agency for Health Care Administration<br>1317 Winewood Blvd. Building 1<br>Room 202<br>Tallahassee,FL 32399-0700<br>1-866-762-2237 (llamada gratuita)<br>1-850-487-1111 (local)<br>1-850-922-2993 (fax)<br>http://www.fdhc.state.fl.us/ |
| **Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA** | Florida ADAP Program<br>HIV/AIDS Section<br>4052 Bald Cypress Way<br>Tallahassee,FL 32399<br>1-850-245-4422<br>1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) (español)<br>1-800-2437-101 (1-800-AIDS-101) (Kreyòl Ayisyen)<br>1-888-503-7118 (TTY)<br>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.

# ¡IMPORTANTE!

## En CarePlus, es importante que usted reciba un trato justo.

CarePlus Health Plans, Inc. no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o religión. La discriminación es contra la ley. CarePlus cumple con las leyes aplicables de derechos civiles federales. Si usted cree que CarePlus le ha discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:
  **CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Member Services Departament.**
  11430 NW 20th Street, Suite 300. Miami, FL 33172.
  Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **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 siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, los sábados, los domingos y los días feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.**, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo postal o por teléfono a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

Los formularios de quejas están disponibles en **https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

## Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 1-800-794-5907 (TTY: 711)

CarePlus provee recursos y servicios auxiliares gratuitos, tales como intérpretes acreditados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

### Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 1-800-794-5907 (TTY: 711)

**Español (Spanish):** Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.
**繁體中文 (Chinese):** 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。
**Tiếng Việt (Vietnamese):** Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.
**한국어 (Korean):** 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.
**Tagalog (Tagalog – Filipino):** Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
**Русский (Russian):** Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.
**Kreyòl Ayisyen (French Creole):** Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.
**Français (French):** Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.
**Polski (Polish):** Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.
**Português (Portuguese):** Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.
**Italiano (Italian):** Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.
**Deutsch (German):** Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.
**ગુજરાતી (Gujarati):** નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવા માટે ઉપરોક્ત નંબર પર કૉલ કરો.
**ภาษาไทย (Thai):** โทรติดต่อที่หมายเลขด้านบนนี้เพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย.
**Diné Bizaad (Navajo):** Wódahí béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'į' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'dęę niká'adoowoł.
**العربية (Arabic):**
الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

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

H1019085000ANOCSP20

# Información importante sobre los cambios a su plan Medicare Advantage y su plan de medicamentos recetados



## Mire adentro

Aquí está un resumen de las diferencias en su **plan de CarePlus** que entra en vigencia el 1 de enero del 2020.

CarePlus HEALTH PLANS

CarePlusHealthPlans.com