



Bright Advantage Plus (HMO) ofrecido por Bright Health

Aviso anual de cambios para 2019

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Bright Advantage Plus (HMO). El próximo año, habrá algunos cambios a los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa acerca de los cambios.*

- **Tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios corresponden a usted

- Controle los cambios a nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Es importante que revise su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades para el año próximo.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Revise los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Estarán sus medicamentos en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Tiene alguno de sus medicamentos restricciones, como necesitar de nuestra aprobación antes de que pueda surtir su receta?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos 2019 en la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios a nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que sus costos de medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico acerca de alternativas de costo más bajo que puedan estar disponibles para usted; esto puede permitirle ahorrar en sus costos de desembolso directo anual durante el año. Para obtener información adicional, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estas tablas destacan cuáles fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos año a año. Tenga en cuenta que su plan de beneficios determinará exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos en nuestra red?
 - ¿Qué sucede con los hospitales y otros proveedores que usa?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
 - Piense en los costos totales de atención médica.
 - ¿Cuánto gastará de desembolso directo para los servicios y los medicamentos recetados que usa generalmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
 - Piense si está satisfecho con el plan.
- 2. COMPARE:** Infórmese sobre otras opciones de plan
- Revise la cobertura y costos de los planes en su área.
 - Use la herramienta de búsqueda personalizada en el Medicare Plan Finder (Buscador de Plan de Medicare) en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (“Encontrar planes de salud y medicamentos”).
 - Revise la lista en el reverso de su manual Medicare y usted.
 - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.
 - Cuando reduzca su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.
- 3. ELIJA: Decida si desea permanecer en nuestro plan**
- Si desea **permanecer en** Bright Advantage Plus (HMO), no necesita hacer nada. Permanecerá en Bright Advantage Plus (HMO)
 - Para cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de planes entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.
- 4. INSCRÍBASE:** Para cambiar de planes, únase a un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2018**
- Si **no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, permanecerá en Bright Advantage Plus (HMO).
 - Si **se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el 1.º de enero de 2019.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español sin costo.
- Comuníquese con el número de Servicios al Miembro al 1-844-202-4463 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 (1-844-202-4463)). El horario es del 1.º de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo, de 8. a. m. a 8 p. m., hora local, excepto los días

festivos federales. Del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, excepto los días festivos federales.

- Servicios al Miembro tiene servicios de intérprete de idiomas disponibles sin costo para personas que no hablen inglés.
- Este documento puede estar disponible en un formato alternativo, como Braille, letra grande o audio.
- **La cobertura en virtud de este Plan califica como cobertura de salud de califica (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de Bright Advantage Plus (HMO)

- Los planes de Bright Health son planes Organizaciones de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations, HMO) y Organizaciones de proveedores preferidos (Preferred Provider Organizations, PPO) con un contrato con Medicare. Nuestros planes de necesidades especiales (Special Needs Plans, SNP) también tienen contratos con programas de Medicaid del estado. Nuestros planes están emitidos a través de Bright Health Insurance Company o uno de sus afiliados. La inscripción en nuestro plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este folleto se dice “nosotros”, “nos” o “nuestro” significa Bright Health. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Bright Advantage Plus (HMO).

Aviso anual de cambios para 2019**Resumen de costos importantes para 2019**

La siguiente tabla compara los costos de 2018 y 2019 de Bright Advantage Plus (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de cambios. Es importante que lea el resto de este *Aviso anual de cambios* y revise la *Evidencia de cobertura* para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan.**

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta o más baja que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$28	\$32.60
Monto máximo de desembolso directo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de desembolso directo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	\$3,500	\$3,400
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: Usted paga \$0 de copago por visita Visitas a especialistas: Usted paga \$20 de copago por visita	Visitas de atención primaria: Usted paga \$0 de copago por visita Visitas a especialistas: Usted paga \$20 de copago por visita
Hospitalizaciones para pacientes hospitalizados Incluye pacientes hospitalizados en estado agudo, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que ingresan oficialmente al hospital con una orden del médico. El día anterior al alta es su último día de hospitalización.	Usted paga \$170 de copago por día por los días 1 a 5. \$0 de copago por días adicionales cubiertos por Medicare.	Usted paga \$170 de copago por día por los días 1 a 5. \$0 de copago por días adicionales cubiertos por Medicare.

Aviso anual de cambios para 2019

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).	Deducible: \$0 Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago • Nivel 2 de medicamentos: \$8 de copago • Nivel 3 de medicamentos: \$45 de copago • Nivel 4 de medicamentos: \$95 de copago • Nivel 5 de medicamentos: 33 % de coseguro 	Deducible: \$0 Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago • Nivel 2 de medicamentos: \$8 de copago • Nivel 3 de medicamentos: \$45 de copago • Nivel 4 de medicamentos: \$95 de copago • Nivel 5 de medicamentos: 33 % de coseguro

Aviso anual de cambios para 2019

Índice

Resumen de costos importantes para 2019.....	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	7
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual.....	7
Sección 1.2 Cambios en su monto máximo de desembolso directo	7
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores.....	7
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	8
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos	8
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	11
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir	14
Sección 2.1 Si desea permanecer en Bright Advantage Plus (HMO)	14
Sección 2.2 Si desea cambiar de planes	14
SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de planes	15
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare	15
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar sus medicamentos recetados	15
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?.....	16
Sección 6.1 Obtener ayuda de Bright Advantage Plus (HMO).....	16
Sección 6.2 Obtener ayuda de Medicare	16

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual (Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$28	\$32.60

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D por estar sin otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) por 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que tenga que pagar un monto adicional por cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” con sus costos de medicamentos recetados.

Sección 1.2 Cambios en su monto máximo de desembolso directo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto pagan de “desembolso directo” durante el año. Este límite se denomina “monto máximo de desembolso directo”. Una vez que alcance este monto, generalmente no pagará nada por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Monto máximo de desembolso directo Sus costos por servicios cubiertos (como copagos) cuentan para su monto máximo de desembolso directo. Sus costos por medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de desembolso directo.	\$3,500 Una vez que haya pagado \$3,500 de desembolso directo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.	\$3,400 Una vez que haya pagado \$3,400 de desembolso directo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en su red de proveedores para el próximo año. Puede encontrar un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web, en www.brighthealthplan.com/medicare. También puede llamar a Servicios al Miembro para pedir información actualizada sobre proveedores o pedirnos que le enviemos

Aviso anual de cambios para 2019

un Directorio de proveedores por correo postal. **Revise el Directorio de proveedores 2019 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen diversos motivos por los que su proveedor podría abandonar su plan, pero si en efecto su médico o especialista abandonan el plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso sin interrupciones a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para avisarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor se retira de nuestro plan para que usted tenga tiempo de seleccionar otro.
- Le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para seguir administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está en tratamiento médico, tiene el derecho a solicitar, y nosotros trabajaremos con usted para asegurarlo, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no está siendo debidamente administrada, tiene derecho a presentar una apelación a nuestra decisión.
- Si averigua que su médico o especialista dejarán el plan, comuníquese con nosotros para que le ayudemos a encontrar un nuevo proveedor que administre su atención.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que usa. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Hay cambios en su red de farmacias para el próximo año. Puede encontrar un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web, en www.brighthealthplan.com/medicare. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada sobre proveedores o pedirnos que le enviemos un Directorio de farmacias por correo postal. **Revise el Directorio de farmacias 2019 para saber qué farmacias están en su red.**

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos

Estamos cambiando la cobertura para determinados servicios médicos para el próximo año. La información a continuación describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*, en su *Evidencia de cobertura 2019*.

Aviso anual de cambios para 2019

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Servicios dentales		
Atención dental integral cubierta por Medicare	Usted paga 20 % de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos		
Zapatos ortopédicos o plantillas para diabéticos	Usted paga 20 % de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Atención de emergencia	Usted paga \$75 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga \$90 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios		
Sesiones grupales	Usted paga \$30 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga \$10 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios proporcionados en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria		
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Usted paga de \$50 a \$250 de copago cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga \$225 de copago por según el servicio cubierto por Medicare.
Servicios de observación para pacientes ambulatorios	Usted paga de \$50 a \$250 de copago cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga \$225 de copago por según el servicio cubierto por Medicare.

Aviso anual de cambios para 2019

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Tarjeta de débito para artículos de venta libre (OTC)	El beneficio no está cubierto.	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Usted es elegible para un crédito de \$30 por trimestre para usar para la compra de productos de salud y bienestar de venta libre (over-the-counter, OTC).</p> <p>Los créditos no utilizados no se transfieren para el próximo período.</p>
Servicios de hospitalización parcial	Usted paga \$50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga \$55 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	Usted paga \$0 de copago por día por los días 1 a 20 y \$155 de copago por día por los días 21 a 100 por atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.	Usted paga \$0 de copago por día por los días 1 a 20 y \$172 de copago por día por los días 21 a 100 por atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.
Atención para la visión		
Prueba de detección de glaucoma	Usted paga \$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Examen del ojo cubierto por Medicare	Usted paga \$25 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.	Usted paga \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D**Cambios en nuestra Lista de medicamentos**

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se proporciona por vía electrónica.

Hemos hecho cambios a nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos.

Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para averiguar si tendrán alguna restricción.

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

- **Trabajar con su médico (u otra persona que recete) y pedir al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **Alentamos a los miembros actuales** a que pidan una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para pedirnos 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 al Miembro.
- **Trabaje con su médico (u otra persona que recete) para buscar un medicamento** que cubramos. Puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el formulario en los primeros 90 días del año de plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción en la terapia. Para 2019, los miembros en centros de atención a largo plazo (long term care, LTC) ahora recibirán un suministro temporal proporcionado en todos los otros casos: 31 días de medicamento en lugar de la cantidad proporcionada en 2018 (un suministro para hasta 98 días de medicamento). (Para obtener más información acerca de cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2, de la *Evidencia de cobertura*). Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Puede cambiarse a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedir al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Si ha obtenido la aprobación para una excepción del formulario este año, consulte la fecha en que termina la aprobación que se incluye en su carta de aprobación para determinar cuándo vence su aprobación. Únicamente se necesita una nueva solicitud de excepción al formulario si la fecha indicada en la carta ya ha pasado.

La mayoría de los cambios a nuestra Lista de medicamentos es nueva para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podemos hacer otros cambios que están permitidos por las reglas de Medicare.

A partir de 2019, podríamos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo momento, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que esté en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones. Además, cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente lo trasladamos a un nivel de costo compartido diferente o agregamos nuevas restricciones. Esto significa que, si está tomando el medicamento de marca

Aviso anual de cambios para 2019

que está siendo reemplazado por el nuevo genérico (o cambia el nivel o la restricción del medicamento de marca), ya no recibirá siempre un aviso del cambio 60 días antes de que lo hagamos u obtendrá un resurtido para 60 días del medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, aún recibirá información sobre el cambio específico que hagamos, pero podría recibirla después de que hagamos el cambio.

Además, a partir de 2019, antes de que hagamos otros cambios durante el año a nuestra Lista de medicamentos que requieren que le proporcionemos un aviso por anticipado si está tomando un medicamento, le proporcionaremos un aviso 30 días antes, en lugar de 60 días antes, de que hagamos el cambio. O le daremos un resurtido para 30 días, en lugar de uno para 60 días, de su medicamento de marca en una farmacia de la red.

Cuando hacemos estos cambios a la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otra persona que recete) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos según lo programado y proporcionaremos otra información para reflejar cambios a los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer a la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la Evidencia de cobertura).

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted.** Hemos incluido un documento aparte, denominado “Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que obtienen Ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados” (también conocida como “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que informa sobre sus costos de medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y no recibió este documento con el paquete, llame a Servicios al Miembro y pida la “Cláusula LIS”. Los números de teléfono de Servicios al Miembro figuran en la Sección 6.1 de este folleto.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Cuánto paga por un medicamento de la Parte D depende de en qué etapa de medicamentos está. (Puede buscar en el Capítulo 6, Sección 2, de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información a continuación muestra los cambios para el próximo año en las primeras dos etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanza las otras dos etapas: la Etapa de vacío de cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, busque en el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica a usted.

Aviso anual de cambios para 2019**Cambios en su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial**

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, busque en el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos de desembolso directo que podría pagar por medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que proporciona costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos por un suministro a largo plazo o para recetas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5, de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel para algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos están en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 2 - Medicamentos genéricos: Usted paga \$8 por receta</p> <p>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferida: Usted paga \$45 por receta</p> <p>Nivel 4 - Medicamentos de marca no preferidos: Usted paga \$95 por receta</p> <p>Nivel 5 - Medicamentos de nivel de especialidad: Usted paga 33 % del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$3,750, usted pasará a la próxima etapa (la Etapa de vacío de cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 2 - Medicamentos genéricos: Usted paga \$8 por receta</p> <p>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferida: Usted paga \$45 por receta</p> <p>Nivel 4 - Medicamentos de marca no preferidos: Usted paga \$95 por receta</p> <p>Nivel 5 - Medicamentos de nivel de especialidad: Usted paga 33 % del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$3,820, usted pasará a la próxima etapa (la Etapa de vacío de cobertura).</p>

Aviso anual de cambios para 2019**Cambios en la Etapa de vacío de cobertura y en la Etapa de cobertura catastrófica**

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de vacío de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica, son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa de vacío de cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica.** Para obtener información sobre los costos en estas etapas, busque en el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir**Sección 2.1 Si desea permanecer en Bright Advantage Plus (HMO)**

Para permanecer en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, seguirá inscrito automáticamente en nuestro plan para 2019.

Sección 2.2 Si desea cambiar de planes

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2019, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- --O-- Puede cambiar a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y usted 2019*, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte la Sección 4), o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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

Como recordatorio, Bright Health ofrece otros planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos recetados. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costo compartido.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará su inscripción de Bright Advantage Plus (HMO).
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se cancelará su inscripción de Bright Advantage Plus (HMO).
- Para **cambiar a Original Medicare sin una cobertura de medicamentos recetados**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud escrita para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono figuran en la Sección 6.1 de este folleto).
 - – o – Comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de planes

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2019.

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En determinadas situaciones, los cambios también se pueden hacer en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o están abandonando cobertura de un empleador, y aquellos que se mudan fuera del área de servicio pueden estar autorizados para hacer un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

Nota: Si está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de planes. Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2019, y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En Arizona, el SHIP se denomina Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) de Arizona.

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) de Arizona es independiente (no está conectado con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe financiamiento del gobierno federal para ofrecer asesoramiento **gratuito** sobre el seguro médico local a los beneficiarios de Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) de Arizona pueden ayudarlo con preguntas o problemas de Medicare. Lo pueden ayudar a entender sus opciones dentro del plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) de Arizona al 1-800-432-4040.

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar sus medicamentos recetados

Usted podría calificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían calificar para recibir “Ayuda adicional” para pagar por los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta 75 % o más de los costos de medicamentos, incluidas las primas de medicamentos recetados mensuales, deducibles anuales y coseguro. Además, quienes califiquen no tendrán un período sin cobertura o una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para saber si califica, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - La Oficina de Medicaid de su Estado (solicitudes).

Aviso anual de cambios para 2019

- **Asistencia con el costo compartido de recetas para personas VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia con Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que pueden salvar vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el Estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el Estado, y estado de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para asistencia con el costo compartido a través del Programa de Asistencia con Medicamentos contra el SIDA (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame al 1-602-364-3610.

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?**Sección 6.1 Obtener ayuda de Bright Advantage Plus (HMO)**

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios al Miembro al 1-844-202-4463. (Solo TTY, llame al 711 (1-844-202-4463)). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas del 1.º de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, excepto los días festivos federales. Del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, excepto los días festivos federales. Las llamadas a esos números son gratuitas.

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

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2019. Para obtener detalles, busque en la *Evidencia de cobertura 2019* para Bright Advantage Plus (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal, detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Se proporcionará una copia de la *Evidencia de cobertura* electrónicamente. Si desea recibir la EOC por correo postal, se incluye información en el aviso adjunto.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web, en www.brighthealthplan.com/medicare. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2 Obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Tiene información sobre los costos, la cobertura y las clasificaciones de calidad para ayudarlo a compararlo con los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área si usa el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver información sobre planes, vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (“Buscar planes de salud y de medicamentos”).

Lea *Medicare y usted 2019*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2019*. Cada año en otoño, este folleto se envía a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios de Medicare, sus derechos y protecciones y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov> o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.