

Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS) ofrecido por Bright Health

Aviso anual de cambios para 2020

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS). El próximo año, habrá algunos cambios en 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 en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Cuáles cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios para saber si lo afectan.
 - Es importante que revise su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades para el año próximo.
 - ¿Afectan los cambios 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?
 - ¿Están 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 acudiendo a las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por acudir a esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos 2020 en la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en 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 sobre precios de medicamentos, 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, incluidos los especialistas que consulta regularmente, en nuestra red?
 - ¿Qué sucede con los hospitales y otros proveedores a los que acude?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- Piense en sus costos de atención médica generales.
 - ¿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 nuestro plan.

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

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web, en <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos).
 - Revise la lista al 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 Choice Plus (HMO-POS), no necesita hacer nada. Permanecerá en Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS).
- 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 plan, inscríbese 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 Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS).
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2019**, su nueva cobertura comenzará el **1º de enero de 2020**.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español sin costo.
- Comuníquese con el número de Servicios al Miembro al (844) 202-4463 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es del 1° 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° 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.
- Este documento puede estar disponible en formatos alternativos, como Braille, letra grande o audio.
- **La cobertura en virtud de este Plan califica como cobertura de salud que 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 Choice Plus (HMO-POS)

- Los planes de Bright Health son planes HMO y PPO con un contrato con Medicare. El plan D-SNP de Nueva York de Bright Health es un plan HMO con un contrato con Medicare y un Acuerdo de coordinación de beneficios con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Nuestros planes son emitidos a través de Bright Health Insurance Company o una de sus afiliadas. Bright Health Insurance Company es una compañía de Colorado Life and Health que emite productos de indemnización, como los planes de EPO ofrecidos a través de Medicare Advantage. Una EPO es un plan de una organización de proveedores exclusivos, que puede estar registrada en una licencia HMO en algunos estados y, en una licencia de seguro de vida y salud en otros estados, como Colorado. La inscripción en nuestros planes 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 Choice Plus (HMO-POS).

Resumen de costos importantes para 2020

La siguiente tabla compara los costos de 2019 y 2020 de Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de cambios.** Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, en <https://brighthouseplan.com/medicare>. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitarnos que le enviemos por correo postal una *Evidencia de cobertura*.

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (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. | \$54 | \$54 |
| 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). | De proveedores de la red: \$3,400 De proveedores fuera de la red: Ilimitado | De proveedores de la red: \$3,400 De proveedores fuera de la red: Ilimitado |
| Visitas al consultorio del médico | Visitas de atención primaria: Dentro de la red: \$0 de copago por visita Fuera de la red: 30 % de coseguro por visita Visitas a especialistas: Dentro de la red: \$20 de copago por visita Fuera de la red: 30 % de coseguro por visita | Visitas de atención primaria: Dentro de la red: \$0 de copago por visita Fuera de la red: 30 % de coseguro por visita Visitas a especialistas: Dentro de la red: \$20 de copago por visita Fuera de la red: 30 % de coseguro por visita |

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|---|---|--|
| <p>Hospitalizaciones para pacientes hospitalizados</p> <p>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 lo ingresan oficialmente al hospital con una orden del médico. El día anterior al alta es su último día de hospitalización.</p> | <p>Dentro de la red: \$170 de copago por día para los días 1 a 5, y \$0 de copago por día por los días 6 a 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por días adicionales cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red: No cubierto</p> | <p>Dentro de la red: \$170 de copago por día para los días 1 a 5, y \$0 de copago por día por los días 6 a 90 por atención hospitalaria cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por días adicionales cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red: No cubierto</p> |
| <p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).</p> | <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <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 | <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago • Nivel 2 de medicamentos: \$8 de copago • Nivel 3 de medicamentos: \$47 de copago • Nivel 4 de medicamentos: \$100 de copago • Nivel 5 de medicamentos: 33 % de coseguro • Nivel 6 de medicamentos: \$0 de copago |

Aviso anual de cambios para 2020
Índice

| | |
|---|-----------|
| Resumen de costos importantes para 2020 | 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..... | 8 |
| Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias | 9 |
| Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos | 9 |
| 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 Choice Plus (HMO-POS) | 14 |
| Sección 2.2 Si desea cambiar de plan | 14 |
| SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan | 15 |
| SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare | 15 |
| SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar sus medicamentos recetados..... | 16 |
| SECCIÓN 6 ¿Preguntas? | 16 |
| Sección 6.1 Obtener ayuda de Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS)..... | 16 |
| Sección 6.2 Obtener ayuda de Medicare | 17 |

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|---|-----------------|--------------------|
| Prima mensual (Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare). | \$54 | \$54 |

- 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 paga usted 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 | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|--|-----------------|---|
| Monto máximo de desembolso directo dentro de la red Sus costos por servicios cubiertos (como copagos) de proveedores de la red cuentan para su monto máximo de desembolso directo dentro de la red. Su prima del plan y sus costos por medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de desembolso directo. | \$3,400 | \$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 de proveedores de la red por el resto del año calendario. |

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|---|-----------------|--|
| Monto máximo de desembolso directo fuera de la red | Ilimitado | Ilimitado Debido a que tiene un máximo de desembolso directo ilimitado, seguirá pagando sus servicios de la Parte A y de la Parte B de proveedores fuera de la red por el resto del año calendario hasta un beneficio anual de \$25,000. |

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en su red de proveedores para el próximo año. Hay un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web, en <https://brighthouseplan.com/medicare>. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada sobre proveedores o pedirnos que le enviemos un Directorio de proveedores por correo postal. **Revise el Directorio de proveedores 2020 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, debemos brindarle acceso ininterrumpido 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 colaboraremos 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 a la que acuda. 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.

Nuestra red ha cambiado más de lo habitual en 2020. Hay un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web, en <https://brighthouseplan.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. **Le sugerimos encarecidamente que revise nuestro directorio de farmacias actual para ver si su farmacia aún está en nuestra red.**

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos

El próximo año cambiaremos nuestra cobertura de determinados servicios médicos. 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 2020*.

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|---|---|---|
| Servicios de acupuntura | Dentro y fuera de la red Usted paga un copago de \$20. | Dentro y Fuera de la red No cubierto |
| Servicios de ambulancia: transporte terrestre | Usted paga \$200 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. | Usted paga el 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. |
| Servicios de rehabilitación cardíaca - Intensivo | Dentro de la red Usted paga \$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. | Dentro de la red Usted paga \$50 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. |
| Servicios de rehabilitación cardíaca - No intensivo | Dentro de la red Usted paga \$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. | Dentro de la red Usted paga \$25 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. |
| Servicios dentales - Servicios dentales preventivos - Tratamiento con flúor | Dentro de la red No cubierto | Dentro de la red Usted paga \$0 de copago. |
| Servicios dentales - Servicios dentales preventivos - Tratamiento con flúor - Periodicidad | No cubierto | Limitado a 1 tratamiento con flúor por año. |

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|---|--|---|
| Servicios dentales - Servicios dentales preventivos - Exámenes bucales - Periodicidad | Limitado a 1 examen bucal por año. | Limitado a 2 exámenes bucales por año |
| Servicios dentales - Servicios dentales preventivos - Profilaxis (limpieza) - Periodicidad | Limitado a 1 limpieza por año. | Limitado a 2 limpiezas por año. |
| Reembolso de atención de diabetes | No cubierto | Obtenga hasta \$100 de reembolso por atención relacionada con su diabetes si califica. |
| Atención de emergencia | Usted paga \$90 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. | Usted paga \$120 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. |
| Servicios de la audición - Audífonos | Asignación de hasta \$2,000 para ambos oídos combinada cada tres años para audífonos. | Asignación de hasta \$750 para ambos oídos combinada cada año para audífonos. |
| Servicios del programa de tratamiento de opioides | Dentro de la red No cubierto | Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. |
| Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos - Pruebas y procedimientos diagnósticos | Dentro de la red Usted paga el 20 % de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. | Dentro de la red Usted paga \$125 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. |
| Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos - Servicios radiológicos de diagnóstico | Dentro de la red Usted paga el 20 % de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. | Dentro de la red Usted paga de \$25 a \$125 de copago, según el servicio cubierto por Medicare. |
| Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos - Radiografías para pacientes ambulatorios | Dentro de la red Usted paga \$10 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. | Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. |
| Servicios de rehabilitación pulmonar | Dentro de la red Usted paga \$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. | Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. |

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|--|--|---|
| Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) | Dentro de la red 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. | Dentro de la red Usted paga \$20 de copago por día por los días 1 a 20 y \$178 de copago por día por los días 21 a 100 por atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare. |
| Terapia de ejercicios supervisados (SET) | Dentro de la red Usted paga \$20 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. | Dentro de la red Usted paga \$25 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 en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en 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:

- **Colaborar 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.
- **Colabore 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.

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 en 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.

Cuando hacemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede colaborar 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 en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en 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 los medicamentos recetados de la Parte D podría no aplicarse a usted.** Le hemos enviado un documento separado llamado “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 ha recibido este documento a más tardar el 30 de septiembre de 2019, 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 la Etapa de vacío de cobertura ni 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, que está en nuestro sitio web, en <https://brighthouseplan.com/medicare>. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa de deducible

| Etapas | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|--|---|---|
| Etapa 1: Etapa de deducible anual | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. |

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 | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|---|---|---|
| <p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>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 de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que proporciona costo compartido estándar.</p> <p>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 Evidencia de cobertura.</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, búsquelos 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: Genérico: Usted paga \$8 por receta.</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$45 por receta.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos: Usted paga \$95 por receta.</p> <p>Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado: Usted paga el 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> | <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: Genérico: Usted paga \$8 por receta.</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos: Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Nivel 5: Medicamentos de nivel especializado: Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos de atención selecta: Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,020, usted pasará a la próxima etapa (la Etapa de vacío de cobertura).</p> |

Cambios en la Etapa de vacío de cobertura y en la Etapa de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (Etapa de vacío de cobertura y Etapa de cobertura catastrófica) son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas con costos altos en medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa de vacío de cobertura ni 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 Choice Plus (HMO-POS)

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 2020.

Sección 2.2 Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2020, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente oportunamente;
- --O-- Puede cambiar a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y usted 2020*, 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 (Medicare Plan Finder) 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. 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. Se cancelará automáticamente su inscripción en Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS).
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS).

- 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 plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1° de enero de 2020.

¿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*.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1° de enero de 2020, 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° de enero y el 31 de marzo de 2020. 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 plan. Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) de Arizona al 1-800-432-4040. Usted puede obtener más información sobre el Programa de Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) de Arizona si visita su sitio web (<https://des.az.gov/services/aging-and-adult/state-health-insurance-assistance-program-ship>).

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 califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Además, quienes califiquen no tendrán un período sin cobertura o una multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen las condiciones 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).
- **Asistencia con el costo compartido de recetas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia con Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas que califican 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 1-800-334-1540.

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 Obtener ayuda de Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios al Miembro al (844) 202-4463. (Solo TTY, llame al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas del 1° 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° 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 2020* (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 2020. Para obtener detalles, busque en la *Evidencia de cobertura 2020* de Bright Advantage Choice Plus (HMO-POS). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, en <https://brighthouse.com/medicare>.

También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitarnos que le enviemos por correo postal una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en <https://brighthouseplan.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 comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área si usa el Buscador de Planes de Medicare (Medicare Plan Finder) 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 2020*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2020*. Cada año en otoño, este folleto se envía a los beneficiarios de 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 llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Aviso de no discriminación y asistencia para la comunicación

Bright Health no excluye, niega beneficios ni discrimina a ningún individuo por cuestiones de sexo, edad, raza, color, nacionalidad o discapacidad. "Bright Health" hace referencia a los planes de Bright Health y sus filiales.

Asistencia lingüística y formatos alternativos:

Hay asistencia disponible *sin costo alguno* para ayudarlo a que se comunique con nosotros. Estos servicios incluyen, entre otros:

- Intérpretes para idiomas distintos al inglés;
- Información por escrito en formatos alternativos, como letra grande; y
- Asistencia para leer los sitios web de Bright Health.

Para solicitar ayuda con estos servicios, llame al número de Servicios al Miembro que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

Si cree que no hemos podido brindarle asistencia lingüística o formatos alternativos, o si ha sido discriminado debido a su sexo, edad, raza, color, nacionalidad o discapacidad, puede enviar su queja a:

Bright Health Civil Rights Coordinator
PO Box 853943, Richardson, TX 75085-3943
Teléfono: (844) 202-2154
Correo electrónico:
OAG@brighthouseplan.com

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

En línea: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios de queja están disponibles en

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Teléfono: Líneas gratuitas 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Correo postal: Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Si necesita ayuda con su queja, llame al número de Servicios al Miembro que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Debe enviar la queja dentro de los 60 días posteriores a la fecha en la que advirtió el problema.

Asistencia de idiomas y formatos alternativos

Esta información está disponible en otros formatos, como letra grande. Para solicitar la información en otro formato, llame al número de Servicios al Miembro que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

| | |
|-----------------|---|
| English | ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the Member Services number on your ID card. |
| Spanish (US) | ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia de idioma gratuitos. Llame al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación. |
| Chinese (S) | 注意: 如果您讲中文, 我们可以为您提供免费的语言协助服务。请拨打您ID卡上的会员服务电话号码。 |
| Russian | ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, Вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой поддержки. Позвоните в Службу работы с клиентами по телефону, указанному в Вашей идентификационной карте. |
| Korean | 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. ID 카드에 있는 회원 서비스 번호로 전화하십시오. |
| Haitian Creole | ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele Sèvis Manm nan nimewo ki make sou kat ID ou an. |
| Italian | ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili per Lei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiami il numero dell'assistenza ai membri riportato sulla Sua scheda identificativa. |
| Yiddish | אויפמערקאזמקייט: אויב איר רעדט יידיש, עס זענען פאראן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אָפּצאלן. רופט די מעמבער סערוויסעס נומער אויף אייערע איידי קארטל. |
| Bengali | মনোযোগ দিন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলেন, তাহলে আপনার জন্য, ভাষা সহায়তা পরিষেবাগুলি, বিনামূল্যে উপলব্ধ আছে। আপনার ID কার্ডে থাকা সদস্য পরিষেবাগুলির নম্বরে ফোন করুন। |
| Arabic | تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فيمكنك الاستعانة بخدمات المساعدة اللغوية بدون مقابل. اتصل برقم خدمات الأعضاء المدون على بطاقة التعريف الخاصة بك. |
| Polish | UWAGA: Jeżeli postępuje się Pan/ Pani językiem polskim, może Pan/ Pani skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Prosimy zadzwonić do Działu Usług dla Członków, którego numer jest podany na Pana/ Pani karcie identyfikacyjnej. |
| French (FR) | REMARQUE : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Appelez le numéro des services aux membres, qui figure sur votre carte d'identification. |
| Tagalog | PANSININ: Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, mayroon kayong magagamit na libreng tulong na mga serbisyo para sa wika. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro na nasa inyong ID kard. |
| Vietnamese | LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, sẽ có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số Dịch vụ Hội viên trên thẻ ID của quý vị. |
| Navajo | DÍÍ BAA AKÓ NÍNÍZIN: Díí Diné bizaad be yáníłti'go, saad bee áká'ánida'áwo' déé', t'áá jiik'eh, ná hóló. Kojí' hódííłnih Member Servicesjí éí binumber naaltsoos nítł'izgo bee nee hódólzin biniiyé nantínígíí bikáá' |
| Urdu | توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے/بولتی ہیں، تو آپ کے لیے زبان سے متعلق اعانت کی خدمات، مفت دستیاب ہیں۔ اپنے آئی ڈی کارڈ پر موجود ممبر سروسز کے نمبر پر کال کریں۔ |
| Japanese | 注記: 日本語をお話しになる方は、無料の言語アシスタンスサービスをご利用いただけます。IDカードに記載のメンバーサービス電話番号までお電話ください。 |
| Portuguese (BR) | ATENÇÃO: caso você fale português, há serviços gratuitos de assistência de idioma à sua disposição. Ligue para o número de Atendimento ao Associado, impresso no seu cartão de identificação. |
| German | ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie unter der auf Ihrer ID-Karte aufgeführten Telefonnummer für Mitgliederleistungen an. |
| Persian Farsi | توجه: اگر زبان شما فارسی است، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در اختیار شماست. با «خدمات اعضا» که شماره آن روی کارت شناسایی شما درج شده است تماس بگیرید. |

