

Aviso Anual de Cambios para 2019

Usted está actualmente inscrito como miembro del plan Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced para el área metropolitana de Sacramento y el condado de Sonoma. El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios de nuestro plan. En este folleto se le explican los cambios.

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

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios aplican en su caso?

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para cerciorarse de que va a satisfacer sus necesidades el año próximo.
 - ¿Afectan los cambios a los servicios que utiliza?
 - Consulte la Sección 1 si desea información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.
 - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con diferente costo compartido?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, tal como la necesidad de que lo aprobemos antes de que se surta su receta médica?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Ha cambiado el costo de usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos para 2019 y consulte en la Sección 1.6 la información sobre cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan subido desde el último año. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que puede tener a su disposición. Esto puede conseguirle ahorros en los gastos máximos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener más información sobre precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos paneles informativos indican qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestra información del precio del medicamento de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus propios medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores seguirán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos están en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales y los demás proveedores que utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 si desea información sobre nuestro **Directorio de Proveedores**.
- Piense en sus costos generales de atención médica.
 - ¿A cuánto equivaldrán los gastos de bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que usa regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y sus deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
 - Piense si está contento con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga más información sobre otras opciones de planes.

- Revise la cobertura y los costos del plan en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el buscador de planes de Medicare del sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en "Find health & drug plans" ("Buscar planes de salud y de medicamentos").
 - Revise a lista en la parte trasera de su manual **Medicare y usted**.
 - Consulte la Sección 2.2 si desea información adicional sobre sus opciones.
- Una vez que delimite su selección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ESCOJA: Decida si quiere o no cambiar su plan.

- Si desea **mantener** nuestro plan, no necesita hacer nada. Permanecerá en nuestro plan.
- Para cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan 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 2018.

- Si no se **ha inscrito en otro plan para el 7 de diciembre de 2018**, seguirá inscrito en nuestro plan.
- Si se **ha inscrito en otro plan para el 7 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2019.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español. Si desea información adicional, por favor llame al número de nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana.
- This document is available for free in Spanish. Please contact our Member Service Contact Center number at **1-800-443-0815** for additional information. (TTY users should call **711**.) Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.
- Este documento está disponible en Braille, CD, o en letra grande si lo necesita llamando a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.
- La cobertura en virtud de este plan califica como cobertura de salud calificante (QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección de Pacientes y la Ley Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, por favor visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

Acerca del plan Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced para el área metropolitana de Sacramento y el condado de Sonoma

- Kaiser Permanente es un plan de una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este folleto se utilizan los términos "nosotros", "nos", "nuestro" o "nuestros", se está aludiendo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc., región del norte de California (Health Plan). Cuando se usa "plan" o "nuestro plan", se está aludiendo a Kaiser Permanente Senior Advantage (Senior Advantage).

Resumen de costos importantes para 2019

En la tabla a continuación se comparan los costos de 2018 y de 2019 de nuestro plan en varias áreas importantes. Por favor tenga en cuenta que este solo es un resumen de los cambios. Es importante que lea el resto de esta **Notificación Anual de Cambios** y que revise la **Evidencia de Cobertura** para ver si le afectan otros cambios en los beneficios o costos.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>*Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Vea los detalles en la Sección 1.1.</p>	<p>\$98 <i>sin</i> Advantage Plus.</p> <p>\$118 <i>con</i> Advantage Plus.</p>	<p>\$91 <i>sin</i> Advantage Plus.</p> <p>\$111 <i>con</i> Advantage Plus.</p>
<p>Cantidad de gastos máximos de bolsillo</p> <p>Esta es la cantidad máxima que pagará de su propio bolsillo por sus servicios cubiertos de las Partes A y B. (Vea los detalles en la Sección 1.2).</p>	\$5,400	\$5,400
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Consultas para atención médica primaria y especializada: \$25 por visita.</p>	<p>Consultas para atención médica primaria: \$20 por visita. Consultas a especialistas: \$25 por visita.</p>
<p>Hospitalizaciones de pacientes internos</p> <p>Incluye atención de problemas médicos agudos de pacientes hospitalizados, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención de pacientes internos empieza el día en que se le ingresa formalmente en el hospital con una orden médica. El día antes de que se le dé el alta hospitalaria es su último día como paciente interno.</p>	<p>Por cada admisión, \$265 por día para los días del 1 al 7.</p>	<p>Por cada admisión, \$265 por día para los días del 1 al 7.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Vea los detalles en la Sección 1.6).	Costo compartido durante la Etapa inicial de cobertura (con un suministro máximo de 30 días):	
	Nivel de medicamento 1: \$6 Nivel de medicamento 2: \$16 Nivel de medicamento 3: \$47 Nivel de medicamento 4: \$100 Nivel de medicamento 5: 33% Nivel de medicamento 6: \$0	Nivel de medicamento 1: \$5 Nivel de medicamento 2: \$15 Nivel de medicamento 3: \$47 Nivel de medicamento 4: \$100 Nivel de medicamento 5: 33% Nivel de medicamento 6: \$0

Aviso Anual de Cambios para 2019

Índice

Resumen de costos importantes para 2019	1
Sección 1. Cambios en los beneficios y costos del próximo año	4
Sección 1.1. Cambios en la prima mensual.....	4
Sección 1.2. Cambios en la cantidad de gastos máximos de bolsillo	4
Sección 1.3. Cambios en la red de proveedores.....	5
Sección 1.4. Cambios en la red de farmacias	6
Sección 1.5. Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos	6
Sección 1.6. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.....	8
Sección 2. Cómo decidir qué plan escoger	11
Sección 2.1. Si desea seguir en nuestro plan.....	11
Sección 2.2. Si decide cambiar de plan	11
Sección 3. Fecha límite para cambiar de plan	12
Sección 4. Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	13
Sección 5. Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	13
Sección 6. ¿Tienen alguna pregunta?	14
Sección 6.1. Cómo obtener ayuda de nuestro plan	14
Sección 6.2. Cómo obtener ayuda de Medicare.....	14

Sección 1. Cambios en los beneficios y costos del próximo año

Sección 1.1. Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual sin Advantage Plus (Debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B).	\$98	\$91
Prima mensual con Advantage Plus Esta prima del plan solo se aplica en su caso si está inscrito para recibir beneficios suplementarios opcionales que se llaman Advantage Plus. (Debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B).	\$118	\$111

- Su prima mensual del plan será mayor si debe pagar una sanción por inscripción tardía de la Parte D de por vida por permanecer sin otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada "cobertura acreditable") durante 63 días o más.
- Si sus ingresos son más altos, es posible que tenga que pagar directamente al gobierno una cantidad adicional mensual para su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será menor si está recibiendo "Ayuda adicional" en los costos de sus medicamentos recetados.

Sección 1.2. Cambios en la cantidad de gastos máximos de bolsillo

Para protegerle, Medicare requiere que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de costos de "su propio bolsillo" en el transcurso del año. Este límite se llama "monto de gastos de bolsillo máximos". Una vez que alcance esta cantidad, generalmente no paga por los servicios cubiertos de las Partes A y B (y otros servicios de atención médica que no cubre Medicare según se describe en el Capítulo 4 de la **Evidencia de Cobertura**) el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Cantidad de gastos máximos de bolsillo</p> <p>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como los copagos) cuentan para la cantidad de gastos máximos de bolsillo. Su prima y sus costos del plan por medicamentos recetados no cuentan para la cantidad de gastos máximos de bolsillo.</p>	<p>\$5,400</p>	<p style="text-align: center;">\$5,400</p> <p>Una vez que haya pagado \$5,200 de su bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B (y algunos servicios de atención médica que no cubre Medicare), no pagará nada por estos servicios cubiertos durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3. Cambios en la red de proveedores

El próximo año habrá cambios en nuestra red de proveedores. Encontrará un **Directorio de Proveedores** actualizado en nuestro sitio web en kp.org/directory. También puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para obtener información actualizada de los proveedores o pedirnos que le mandemos por correo un ejemplar del **Directorio de Proveedores**. Por favor, revise el **Directorio de Proveedores** de 2019 para ver si sus proveedores (proveedor de atención médica primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.

Es importante que sepa que es posible que en el transcurso del año hagamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan. Existen diversos motivos por los cuales su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie en el transcurso del año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible para notificarle con un mínimo de 30 días de anticipación que su proveedor dejará nuestro plan con el fin de que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento necesario desde el punto de vista médico que esté recibiendo y nosotros colaboraremos con usted para asegurar que así sea.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor previo o que no se ha administrado apropiadamente su atención, tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista va a dejar su plan, por favor comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un proveedor nuevo y a administrar su atención.

Sección 1.4. Cambios en la red de farmacias

Es posible que las cantidades que paga por sus medicamentos recetados dependan de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias.

En la mayoría de los casos solo se cubren sus recetas médicas si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. Encontrará un **Directorio de Farmacias** actualizado en nuestro sitio web, en kp.org/directory. También puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para obtener información actualizada de los proveedores o pedirnos que le mandemos por correo un ejemplar del **Directorio de Farmacias**. Por favor, revise el **Directorio de Farmacias 2019** para ver qué farmacias forman parte de nuestra red.

Sección 1.5. Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el próximo año. Estos cambios se describen en la siguiente información. Para obtener los detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, "Cuadro de beneficios médicos (qué tiene cobertura y la cantidad que paga)" en su **Evidencia de Cobertura 2019** que encontrará en nuestro sitio web.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Visitas al departamento de emergencias	Usted paga \$80 por visita.	Usted paga \$90 por visita.
Medicamentos genéricos de la Parte B de Medicare	Usted paga \$16 para un suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia de la red.	Usted paga \$15 para un suministro de hasta 30 días obtenido en una farmacia de la red.
Servicios de observación	Sin cargo	Usted paga \$90 por visita cuando lo hospitalizan directamente para observación. Sin cargo para estadías de observación indicadas en otros servicios de hospital como paciente ambulatorio, tales como una visita a la sala de emergencias o una cirugía ambulatoria.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Pruebas de diagnóstico ambulatorias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio, exámenes del campo visual y determinados procedimientos especiales (tal como EKG, EEG y estudios del sueño) 	<p>Usted paga \$25 por consulta.</p>	<p>Usted paga \$20 por consulta.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Radiografías y ecografías 	<p>Usted paga \$45 por consulta.</p>	<p>Usted paga \$40 por consulta.</p>
<p>Visitas de salud mental para pacientes ambulatorios</p>	<p>Usted paga \$25 por visita individual y \$12 por visita grupal.</p>	<p>Usted paga \$20 por visita individual y \$10 por visita grupal.</p>
<p>Visitas individuales por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p>	<p>Usted paga \$25 por visita.</p>	<p>Usted paga \$20 por visita.</p>
<p>Tratamiento de reemplazo de nicotina de venta sin receta Proporcionaremos tratamientos de reemplazo de la nicotina de venta sin receta hasta un suministro de 100 días dos veces durante el año calendario cuando lo ordene un proveedor de la red y se obtenga a través de una farmacia de la red.</p>	<p>No está cubierto.</p>	<p>Sin cargo</p>
<p>Visitas al consultorio del proveedor</p>	<p>Usted paga \$25 por visita.</p>	<p>Usted paga \$20 por visita de atención médica primaria y \$25 por visita de atención médica especializada.</p>
<p>Exámenes rutinarios de los ojos realizados por un optometrista de la red</p>	<p>Usted paga \$25 por visita.</p>	<p>Usted paga \$20 por visita.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Exámenes de audición de rutina (Nota: Las evaluaciones para diagnosticar condiciones médicas están cubiertas. Vea más información en "Servicios para la audición" en el capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura .)	Usted paga \$25 por visita.	No está cubierto.
Atención de urgencia	Usted paga \$25 por visita.	Usted paga \$20 por visita.

Sección 1.6. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos con cobertura se llama Lista de medicamentos recetados disponibles o Lista de medicamentos. En kp.org/espanol hay una copia de nuestra Lista de medicamentos, en formato electrónico.

Efectuamos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestras coberturas de ciertos medicamentos. Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y ver si habrá alguna restricción.

Si le afecta uno de los cambios en la cobertura de medicamentos, puede:

- Colaborar con su médico (u otra persona que expida la receta) y pedirle al plan que haga una excepción para cubrir el medicamento.
 - ◆ Si desea información sobre lo que debe hacer para solicitar una excepción, vea el Capítulo 9 de su folleto **Evidencia de Cobertura**, "Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones y quejas de la cobertura)" o llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.
- Colaborar con su médico (u otra persona que expida la receta) para encontrar un medicamento diferente que cubramos. Puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para obtener una lista de los medicamentos con cobertura para tratar la misma afección médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento que no se encuentra en la lista de medicamentos recetados disponibles durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar un intervalo en el tratamiento. Para el año 2019, los miembros que estén en centros de cuidados a largo plazo (long term care, LTC) recibirán ahora un suministro temporal que equivale al suministro temporal, en días, proporcionado en todos los demás casos: 31 días de medicamento en vez de la cantidad proporcionada en 2018 (90 días de medicamento). (Si desea información adicional sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, vea la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la **Evidencia de Cobertura**). Durante el tiempo que reciba el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir lo que debe hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a otro medicamento con cobertura del plan o pedirle al plan que haga una excepción en su caso y que cubra su medicamento actual.

Debido a que nuestra lista de medicamentos recetados disponibles cubre todos los medicamentos que pueden tener cobertura con uno de los planes de medicamentos recetados de Medicare Parte D, es improbable que hagamos una excepción en la lista de medicamentos recetados disponibles en su caso para 2018 para cubrir un medicamento que no esté en nuestra Lista de medicamentos. Sin embargo, en el caso poco común de que sí hayamos hecho una excepción de la lista de medicamentos recetados disponibles en 2018, la excepción podría continuar en 2019 siempre que su proveedor de la red siga recetándole el medicamento.

La mayoría de los cambios en nuestra Lista de Medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Desde 2019, retiraremos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico del mismo nivel o de un nivel más bajo de costo compartido y con las mismas o menos restricciones. Asimismo, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero cambiarlo de inmediato a un grupo distinto de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Esto significa que, si está tomando el medicamento de marca que se reemplaza por el nuevo medicamento genérico (o si el nivel o restricción del medicamento de marca cambian) no siempre recibirá aviso del cambio con 60 días de anticipación ni obtendrá un resurtido para 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, seguirá recibiendo la información sobre el cambio específico que hacemos, pero podría llegarle después de que se realice el cambio.

Asimismo, a partir de 2019, antes de que hagamos otros cambios durante el año a nuestra Lista de Medicamentos que requiere que le avisemos con anticipación si está tomando un medicamento, le notificaremos con 30 días de anticipación a la realización del cambio, en lugar de con 60. Podríamos, también, darle un resurtido para 30 días de su medicamento de marca, en lugar de para 60, en una farmacia de la red.

Cuando hagamos estos cambios a nuestra Lista de Medicamentos durante el año, podrá seguir atendiéndose con su médico (u otro proveedor) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de Medicamentos en línea cuando esté programado y proporcionaremos otra información requerida que muestre esos cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que hacemos a nuestra Lista de Medicamentos, vea la Sección 6 del Capítulo 5 de la **Evidencia de Cobertura**).

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si participa en un programa que ofrece ayuda para pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"), la información de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica en su caso. Le enviaremos un documento aparte titulado "**Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Ayuda adicional para sus medicamentos recetados**" (conocida también como "Cláusula de subsidio de bajos ingresos" o la "Cláusula LIS") en el cual se explican los costos de sus medicamentos. Si recibe "Ayuda adicional" y no ha recibido esta cláusula antes del 30 de septiembre de 2018, por favor llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y pida la "Cláusula LIS". Los números de teléfono de nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros se encuentran en la Sección 6.1 de este folleto.

Hay cuatro "etapas de pagos de medicamentos". El monto que pagará por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago por medicamentos en la que esté. (Puede obtener más información sobre estas etapas en la Sección 2 del capítulo 6 de su **Evidencia de Cobertura** que encontrará en nuestro sitio web).

En la información a continuación se muestran los cambios para el próximo año de las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa de período de intervalo en la cobertura o la Etapa de cobertura para catástrofes. Si desea información acerca de sus costos en estas etapas, vea las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la **Evidencia de Cobertura** 2019 que encontrará en nuestro sitio web).

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pagos no se aplica en su caso.	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pagos no se aplica en su caso.

Cambios en su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial

Para averiguar cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, "Tipos de gastos de bolsillo que puede tener que pagar por medicamentos cubiertos", en su **Evidencia de Cobertura** que encontrará en nuestro sitio web.

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>En esta etapa, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le corresponda y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta etapa son para un suministro de un mes (30 días) cuando usted surta su receta médica en una farmacia de la red que cuenta con costos compartidos estándar. Si desea información sobre los costos de un suministro a largo plazo o medicamentos recetados por correo, vea la Sección 5 del Capítulo 6 de su</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red que cuenta con costos compartidos estándar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 – medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$6 por receta médica. • Nivel 2 – medicamentos genéricos: Usted paga \$16 por receta médica. • Nivel 3 – medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por receta médica. 	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red que cuenta con costos compartidos estándar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 – medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$5 por receta médica. • Nivel 2 – medicamentos genéricos: Usted paga \$15 por receta médica. • Nivel 3 – medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por receta médica.

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Evidencia de Cobertura que encontrará en nuestro sitio web.</p> <p>Cambiamos este nivel para algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para verificar si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, consulte la Lista de medicamentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 4 – medicamentos de marca no preferidos: Usted paga \$100 por receta médica. • Nivel 5 – medicamentos especializados: Usted paga el 33% del costo total. • Nivel 6 – vacunas inyectables de la Parte D: Usted paga \$0 por receta médica. <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos alcancen los \$3,750, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de período de intervalo en la cobertura).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel 4 – medicamentos de marca no preferidos: Usted paga \$100 por receta médica. • Nivel 5 – medicamentos especializados: Usted paga el 33% del costo total. • Nivel 6 – vacunas inyectables de la Parte D: Usted paga \$0 por receta médica. <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos alcancen los \$3,820, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de período de intervalo en la cobertura).</p>

Cambios en las Etapas de período de intervalo en la cobertura y de cobertura para catástrofes

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos: la Etapa de período de intervalo en la cobertura y la Etapa de cobertura para catástrofes, son para personas con costos altos de medicamentos. La mayoría de los miembros no llega a la Etapa de período de intervalo en la cobertura o la Etapa de cobertura para catástrofes. Si desea información acerca de sus costos en estas etapas, vea las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su **Evidencia de Cobertura** que encontrará en nuestro sitio web.

Sección 2. Cómo decidir qué plan escoger

Sección 2.1. Si desea seguir en nuestro plan

No necesita hacer nada si desea quedarse en nuestro plan. Si no se inscribe en un plan diferente o si se cambia al plan Original Medicare para el 7 de diciembre, usted seguirá automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan para 2019.

Sección 2.2. Si decide cambiar de plan

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

Paso 1: Infórmese más y compare sus opciones

- Puede afiliarse a un plan de salud de Medicare diferente.
- O puede cambiarse al plan Original Medicare. Si se cambia al plan Original Medicare, necesitará decidir si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare.

Si desea información adicional sobre el plan Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual **Medicare y Usted 2019**, llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (vea la Sección 4) o llame a Medicare (vea la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite el sitio <http://www.medicare.gov> y haga clic en "Find health & drug plans" ("Buscar planes de salud y de medicamentos"). Ahí podrá encontrar información sobre los costos, la cobertura y las clasificaciones del nivel de calidad de los planes de Medicare.

Como recordatorio, Kaiser Permanente ofrece otros planes de salud de Medicare. Dichos planes pueden diferir en las cantidades de la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Si desea cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan.
- Si desea cambiar al plan Original Medicare con un plan de medicamentos recetados, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan.
- Si desea cambiar al plan Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados, puede:
 - ◆ Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su afiliación. Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono aparecen en la Sección 6.1 de este folleto).
 - ◆ O llame a **Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana y pida que cancelen su afiliación. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 3. Fecha límite para cambiar de plan

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

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, se pueden permitir cambios en otros períodos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura de un empleador y los que se mudan fuera del área de servicio tienen permitido hacer un cambio en otros momentos del año. Si desea información adicional, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la **Evidencia de Cobertura**.

Nota: Si está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no le gusta su selección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse al plan Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. Si desea información adicional, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la **Evidencia de Cobertura**.

Sección 4. Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensa del Seguro Médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program).

El Programa de Asesoramiento y Defensa del Seguro Médico es un programa independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que obtiene financiamiento del gobierno federal y que ofrece asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Asesoramiento y Defensa del Seguro Médico pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y contestar sus preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar al Programa de Asesoramiento y Defensa del Seguro Médico al **1-800-434-0222** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Puede obtener más información sobre el Programa de Asesoramiento y Defensa del Seguro Médico en su sitio web (www.aging.ca.gov/HICAP/).

Sección 5. Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted podría reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, mencionamos diferentes tipos de ayuda:

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para obtener "Ayuda adicional" para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, 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 reúnan los requisitos no tendrán un período de intervalo en la cobertura ni la sanción por inscripción tardía. Muchas personas califican y ni siquiera lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame a:
 - ♦ **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).** Los usuarios de la línea 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 lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778** (solicitudes); o bien a
 - ♦ Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia en el costo compartido de las recetas médicas para las personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Comprar Medicamentos Contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a asegurar que las personas con VIH/SIDA que califican para el ADAP tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salven la vida. Estas personas deben reunir ciertos requisitos, incluida una prueba de residencia en el estado y su condición de VIH, bajos ingresos conforme a la definición del estado y sin seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también cubre el ADAP califican para ayuda en el costo compartido de las recetas médicas por medio del **Programa de Asistencia para Comprar Medicamentos Contra el SIDA (ADAP) de California.** Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, por favor llame a la central de llamadas ADAP al **1-844-421-7050**, de 8 a. m. a 5 p. m. (excepto días festivos).

1-800-443-0815, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (LÍNEA TTY 711)

Sección 6. ¿Tienen alguna pregunta?

Sección 6.1. Cómo obtener ayuda de nuestro plan

¿Tienen alguna pregunta? Estamos a sus órdenes para ayudarle. Por favor llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**. (Para los usuarios de TTY, llame al **711**). Estamos disponibles para llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números no tienen ningún costo.

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

Este **Aviso Anual de Cambios** le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2019. Si desea obtener los detalles, consulte la **Evidencia de Cobertura** 2019 de nuestro plan. La **Evidencia de Cobertura** es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que necesita seguir cuando use su cobertura para recibir servicios cubiertos y obtener medicamentos recetados. Encontrará una copia de la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web **kp.org**. Como recordatorio, nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (**Directorio de Proveedores**) y nuestra lista de medicamentos con cobertura (Lista de medicamentos recetados disponibles/Lista de medicamentos).

Sección 6.2. Cómo obtener ayuda de Medicare

Si desea 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 la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- **Visite el sitio web de Medicare**
 - ♦ Puede visitar el sitio web de Medicare (**<http://www.medicare.gov>**). Contiene información sobre el costo, la cobertura y las clasificaciones del nivel de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite el sitio **<http://www.medicare.gov>** y haga clic en "Find health & drug plans" ["Buscar planes de salud y de medicamentos"]).
- **Lea el manual Medicare y Usted 2019**
 - ♦ Puede leer el manual **Medicare y Usted 2019**. Cada año en otoño, se envía este manual a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare y responde a las preguntas más comunes sobre Medicare. Si no tiene un ejemplar de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (**<http://www.medicare.gov>**) o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Kaiser Permanente no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, país de origen, discapacidad o sexo. Además, nosotros:

- proporcionamos ayuda y servicios sin costo a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:
 - ◆ intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - ◆ información por escrito en otros formatos, como letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles
- proporcionamos servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
 - ◆ intérpretes calificados
 - ◆ información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros (Member Services) al **1-800-443-0815** (línea TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.

Si usted cree que Kaiser Permanente no proporcionó estos servicios o discriminó de alguna forma ya sea por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por escrito con nuestro coordinador de derechos civiles en One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612 o llamar a Servicio a los Miembros al número que aparece arriba. Puede presentar una queja por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja informal en la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Office) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o por teléfono al: **1-800-368-1019, 800-537-7697 (línea TDD)**. Los formularios de quejas informales están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-language Interpreter Services

English

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-443-0815** (TTY: 711).

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-443-0815** (TTY: 711).

Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-443-0815** (TTY: 711)。

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-443-0815** (TTY: 711).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY: 711).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-800-443-0815 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք **1-800-443-0815** (TTY (հեռատիպ) 711):

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-443-0815** (телетайп: 711).

Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-443-0815** (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

1-800-443-0815 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Cambodian

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-800-443-0815** (TTY: **711**)។

Hmong

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।

1-800-443-0815 (TTY: **711**) पर कॉल करें।

Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-443-0815** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذکر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم - **1-800-443-0815** (رقم هاتف الصم والبكم: **711**).

Servicios a los miembros del plan Kaiser Permanente Senior Advantage

MÉTODO	Servicio a los Miembros – información de contacto
LLAME AL	1-800-443-0815 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. El Servicio a los Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
ESCRIBA A	Oficina de Servicios a los miembros ubicada en un centro de la red (consulte el Directorio de Proveedores para obtener las ubicaciones).
SITIO WEB	kp.org

Programa de Asesoramiento y Defensa del Seguro Médico (SHIP de California)

El Programa de Asesoramiento y Defensa del Seguro Médico (HICAP) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento gratuito sobre los seguros de salud locales a personas que tienen Medicare.

MÉTODO	Información de contacto
LLAME AL	1-800-434-0222
LÍNEA TTY	711
ESCRIBA A	La oficina de HICAP de su condado.
SITIO WEB	www.aging.ca.gov/HICAP/
