Allwell Medicare (HMO) es ofrecido por Sunshine Health Community Solutions, Inc.

Aviso Anual de Cambios para 2020

Usted está afiliado actualmente a Allwell Medicare (HMO). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y los beneficios del plan. *Este cuadernillo brinda información sobre esos cambios.*

- **Puede hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**

Qué hacer ahora

1. AVERIGÜE: Qué cambios lo afectarán

☐ Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si será afectado por ellos.

- Es importante que analice su cobertura ahora para asegurarse de que se ajuste a sus necesidades del próximo año.
- ¿Los cambios afectan los servicios que utiliza?
- Consulte las Secciones 1.5 y 1.6 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y los costos de nuestro plan.

☐ Consulte en el cuadernillo los cambios en nuestra cobertura de medicamentos que requieren receta médica para saber si será afectado por ellos.

- ¿Sus medicamentos tendrán cobertura?
- ¿Están en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
- ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de surtir una receta médica?
- ¿Puede continuar utilizando las mismas farmacias? ¿Hay algún cambio en los costos por utilizar esta farmacia?
- Consulte la *Lista de Medicamentos* para 2020 y la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

H9276_012_20_13665ANOC_M_SPN Accepted 09082019
FLO# ANC030436SO00 (06/19)
OMB Approval 0938-1051 (Expires: December 31, 2021)

- Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Consulte a su médico sobre alternativas más económicas para usted; así podrá ahorrar en los costos de desembolso anual durante todo el año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, ingrese en https://go.medicare.gov/drugprices. Estos cuadros señalan qué fabricantes han estado aumentando los precios y también muestran información comparativa sobre los precios de los medicamentos año tras año. Tenga en cuenta que los beneficios del plan determinarán con exactitud cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

☐ Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.

- ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que visita regularmente, se encuentran en nuestra red?
- ¿Y los hospitales y otros proveedores que utiliza?
- Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre el *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

☐ Considere los costos generales de su atención de salud.

- ¿Cuánto gastará de su bolsillo para pagar los servicios y medicamentos que requieren receta médica que utiliza con regularidad?
- ¿Cuánto gastará en la prima y en los deducibles?
- ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

☐ Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

☐ Consulte la cobertura y los costos de los planes en su área.

- Utilice la herramienta de búsqueda personalizada del buscador de planes de Medicare en el sitio web https://www.medicare.gov. Haga clic en "Find health & drug plans" (Buscar planes de salud y de medicamentos).
- Revise la lista en la contraportada de su manual *Medicare y Usted*.
- Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.

☐ Una vez que haya elegido un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si quiere cambiar de plan

- Si decide **conservar** Allwell Medicare (HMO), no necesita hacer nada. Permanecerá en Allwell Medicare (HMO).
- Para cambiarse a **otro plan** que se ajuste mejor a sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, debe afiliarse al nuevo plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**
    - Si no lo hace antes del **7 de diciembre de 2019**, permanecerá en Allwell Medicare (HMO).
    - Si se afilia antes del **7 de diciembre de 2019**, la nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2020.**

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible en forma gratuita, en español.
- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-877-935-8022, para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Fuera de los horarios de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, deje su mensaje.
- Debemos proporcionar la información de una manera que le sirva (en idiomas distintos del español, en audio, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.).
- **La cobertura conforme a este plan se considera cobertura de salud calificada** y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible. Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas, https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families, para obtener más información.

Acerca de Allwell Medicare (HMO)

- Allwell tiene contrato con Medicare para ofrecer planes de HMO y de HMO-SNP, y con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Allwell está sujeta a la renovación del contrato.
- En este cuadernillo, “nosotros”, “nos” o “nuestro” hacen referencia a Sunshine Health Community Solutions, Inc. Utilizaremos las palabras “plan” o “nuestro plan” para referirnos a Allwell Medicare (HMO).

Resumen de Costos Importantes para 2020

En la tabla que aparece a continuación, se comparan los costos de 2019 y de 2020 de Allwell Medicare (HMO) en varios aspectos importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, allwell.sunshinehealth.com. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual del plan* * La prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	$0	$0
Monto de desembolso máximo Este es el monto máximo que pagará de desembolso por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	$6,700	$6,700
Visitas al consultorio del médico	Visitas al médico de atención primaria: usted paga un copago de $0 por visita. Visitas a especialistas: usted paga un copago de $10 por visita.	Visitas al médico de atención primaria: usted paga un copago de $0 por visita. Visitas a especialistas: usted paga un copago de $10 por visita.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Servicios hospitalarios para pacientes internados Se incluyen servicios hospitalarios para pacientes internados agudos, servicios de rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día que lo admiten formalmente en el hospital, con la indicación de un médico. El día anterior a que reciba el alta es su último día de internación.	Para las admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: Días 1 al 7: usted paga un copago de $90 por día. A partir del día 8: usted paga un copago de $0 por día.	Para las admisiones cubiertas por Medicare, por admisión: Días 1 al 7: usted paga un copago de $90 por día. A partir del día 8: usted paga un copago de $0 por día.
Cobertura de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).	Deducible: $0 Copagos/coseguros según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial: • **Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:** Costo compartido estándar: usted paga un copago de $10 por un suministro de un mes (30 días). Costo compartido preferido: usted paga un copago de $0 por un suministro de un mes (30 días).	Deducible: $0 Copagos/coseguros según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial: • **Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:** Costo compartido estándar: usted paga un copago de $10 por un suministro de un mes (30 días). Costo compartido preferido: usted paga un copago de $0 por un suministro de un mes (30 días).

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	• **Nivel 2: medicamentos genéricos:** Costo compartido estándar: usted paga un copago de $20 por un suministro de un mes (30 días). Costo compartido preferido: usted paga un copago de $0 por un suministro de un mes (30 días).	• **Nivel 2: medicamentos genéricos:** Costo compartido estándar: usted paga un copago de $20 por un suministro de un mes (30 días). Costo compartido preferido: usted paga un copago de $0 por un suministro de un mes (30 días).
	• **Nivel 3: medicamentos de marca preferidos:** Costo compartido estándar: usted paga un copago de $47 por un suministro de un mes (30 días). Costo compartido preferido: usted paga un copago de $42 por un suministro de un mes (30 días).	• **Nivel 3: medicamentos de marca preferidos:** Costo compartido estándar: usted paga un copago de $47 por un suministro de un mes (30 días). Costo compartido preferido: usted paga un copago de $42 por un suministro de un mes (30 días).
	• **Nivel 4: medicamentos no preferidos:** Costo compartido estándar: usted paga un copago de $100 por un suministro de un mes (30 días). Costo compartido preferido: usted paga un copago de $100 por un suministro de un mes (30 días).	• **Nivel 4: medicamentos no preferidos:** Costo compartido estándar: usted paga un copago de $100 por un suministro de un mes (30 días). Costo compartido preferido: usted paga un copago de $100 por un suministro de un mes (30 días).

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	Nivel 5: nivel de especialidades: Costo compartido estándar: usted paga el 33% del costo total por un suministro de un mes (30 días). Costo compartido preferido: usted paga el 33% del costo total por un suministro de un mes (30 días).	**Nivel 5: nivel de especialidades:** Costo compartido estándar: usted paga el 33% del costo total por un suministro de un mes (30 días). Costo compartido preferido: usted paga el 33% del costo total por un suministro de un mes (30 días).
	• **Nivel 6: determinados medicamentos:** Costo compartido estándar: usted paga un copago de $10 por un suministro de un mes (30 días). Costo compartido preferido: usted paga un copago de $0 por un suministro de un mes (30 días).	• **Nivel 6: determinados medicamentos:** Costo compartido estándar: usted paga un copago de $10 por un suministro de un mes (30 días). Costo compartido preferido: usted paga un copago de $0 por un suministro de un mes (30 días).

Aviso Anual de Cambios para 2020
Índice

Resumen de Costos Importantes para 2020 1

SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año 6

Sección 1.1: Cambios en la Prima Mensual 6

Sección 1.2: Cambios en el Monto de Desembolso Máximo 6

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 los Costos de los Servicios Médicos 8

Sección 1.6: Cambios en la Cobertura de Medicamentos Que Requieren Receta Médica de la Parte D 13

SECCIÓN 2 Cambios Administrativos 18

SECCIÓN 3 Cómo Decidir Qué Tipo de Plan Elegir 19

Sección 3.1: Si Quiere Permanecer en Allwell Medicare (HMO) 19

Sección 3.2: Si Quiere Cambiar de Plan 19

SECCIÓN 4 Plazo para Cambiar de Plan 20

SECCIÓN 5 Programas Que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare 20

SECCIÓN 6 Programas Que Ayudan a Pagar los Medicamentos Que Requieren Receta Médica 21

SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas? 21

Sección 7.1: Cómo Obtener Ayuda de Allwell Medicare (HMO) 21

Sección 7.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare 22

SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año

Sección 1.1: Cambios en la Prima Mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B).	$0	$0

- La prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida, debido a que estuvo sin otra cobertura de medicamentos que sea, por lo menos, tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada "cobertura acreditable") durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más altos, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare.
- La prima mensual será *menor* si recibe Ayuda Adicional para pagar los costos de los medicamentos que requieren receta médica.

Sección 1.2: Cambios en el Monto de Desembolso Máximo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que paga de desembolso durante el año. Este límite se denomina "monto de desembolso máximo". Una vez que alcanza este monto, en general no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Monto de desembolso máximo Los costos de los servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto de desembolso máximo. Los costos de los medicamentos que requieren receta médica no cuentan para el monto de desembolso máximo.	$6,700	$6,700 Una vez que haya pagado $6,700 de desembolso por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en la Red de Proveedores

Se han implementado cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Encontrará un *Directorio de Farmacias y Proveedores* actualizado en nuestro sitio web, allwell.sunshinehealth.com. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos un *Directorio de Farmacias y Proveedores* por correo. **Consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para 2020, para saber si sus proveedores (de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que es posible que implementemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Existen muchas razones por las que es posible que su proveedor deje el plan, pero, en caso de que efectivamente lo haga, usted cuenta con algunos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe y le informaremos con, por lo menos, 30 días de anticipación que su proveedor dejará el plan, para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para satisfacer sus necesidades de atención de salud.
- Si está bajo tratamiento médicamente necesario, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa. Lo ayudaremos a garantizar la continuidad del tratamiento.
- Si cree que no se le proporcionó un proveedor calificado para reemplazar al anterior, o que no está recibiendo la atención correcta, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

- Si se entera de que su médico o especialista está por dejar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 1.4: Cambios en la Red de Farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos que requieren receta médica dependen de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *únicamente* si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, que le pueden ofrecer un costo compartido menor que el costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias dentro de la red para algunos medicamentos.

Se han implementado cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Encontrará un *Directorio de Farmacias y Proveedores* actualizado en nuestro sitio web, allwell.sunshinehealth.com. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos un *Directorio de Farmacias y Proveedores* por correo. **Para saber qué farmacias se encuentran en nuestra red, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores* para 2020.**

Sección 1.5: Cambios en los Beneficios y los Costos de los Servicios Médicos

Estamos haciendo cambios en la cobertura de ciertos servicios médicos para el próximo año. A continuación, se describen estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*, de la *Evidencia de Cobertura* para 2020.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Autorización previa	Los siguientes servicios requerían autorización previa: • Atención hospitalaria para pacientes internados. • Atención de salud mental para pacientes internados. • Atención en un centro de enfermería especializada. • Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca. • Servicios de internación parcial. • Servicios de cuidado de la salud en el hogar.	Los siguientes servicios requerirán autorización previa: • Atención hospitalaria para pacientes internados. • Atención de salud mental para pacientes internados. • Atención en un centro de enfermería especializada. • Servicios de internación parcial. • Servicios de cuidado de la salud en el hogar. • Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios:

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	• Servicios de médicos especialistas. • Servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios. • Atención de salud mental (psiquiátrica) para pacientes ambulatorios. • Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios: o Terapia ocupacional. o Fisioterapia. o Terapia del habla. • Pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios. • Servicios radiológicos terapéuticos o de diagnóstico para pacientes ambulatorios. • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. • Servicios de observación para pacientes ambulatorios. • Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios. • Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios. • Servicios de ambulancia para servicios en avión y servicios de Medicare que no son de emergencia. • Servicios de transporte. • Equipo médico duradero. • Prótesis y suministros relacionados. • Servicios y suministros para diabéticos. • Servicios para tratar afecciones y enfermedades renales: o Diálisis renal.	o Terapia ocupacional. o Fisioterapia. o Terapia del habla. • Pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios. • Servicios radiológicos terapéuticos o de diagnóstico para pacientes ambulatorios. • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. • Servicios de observación para pacientes ambulatorios. • Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios. • Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios. • Servicios de ambulancia para servicios en avión y servicios de Medicare que no son de emergencia. • Servicios de transporte. • Equipo médico duradero. • Prótesis y suministros relacionados. • Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B. Los siguientes servicios ya no requerirán autorización previa: • Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca. • Servicios de médicos especialistas. • Servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios. • Atención de salud mental (psiquiátrica) para pacientes

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	• Servicios preventivos cubiertos por Medicare (servicios sin costo compartido). • Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare: o Prueba de detección de glaucoma. o Capacitación para el autocontrol de la diabetes. o Enema de bario. o Examen de tacto rectal. o Electrocardiograma luego de la visita de bienvenida. o Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare. • Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B.	ambulatorios. • Servicios y suministros para diabéticos. • Servicios para tratar afecciones y enfermedades renales: o Diálisis renal. • Servicios preventivos cubiertos por Medicare (servicios sin costo compartido). • Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare: o Prueba de detección de glaucoma. o Capacitación para el autocontrol de la diabetes. o Enema de bario. o Examen de tacto rectal. o Electrocardiograma luego de la visita de bienvenida. o Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare.
Cobertura internacional de emergencia/urgencia	Cobertura internacional de emergencia: usted paga un copago de $0. Cobertura internacional de urgencia: usted paga un copago de $0. Servicios internacionales de transporte de emergencia: usted paga un copago de $0.	Cobertura internacional de emergencia: usted paga un copago de $90. Si es admitido en el hospital de inmediato, no paga ese monto. Cobertura internacional de urgencia: usted paga un copago de $10. Servicios internacionales de transporte de emergencia: usted paga un copago de $250.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Servicios de podiatría de rutina	Usted paga un copago de $0 por cada visita de rutina, hasta 6 visitas por año calendario. Si quiere más información, consulte la *Evidencia de Cobertura*.	Usted paga un copago de $10 por cada visita de rutina, hasta 6 visitas por año calendario. Si quiere más información, consulte la *Evidencia de Cobertura*.
Servicios para el tratamiento por uso de opioides	No están cubiertos como un beneficio aparte. Algunos servicios para el tratamiento por uso de opioides estaban cubiertos por sus beneficios de abuso de sustancias.	Usted paga un copago de $40 por cada tratamiento por uso de opioides cubierto por Medicare (en grupo o de manera individual).
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios ambulatorios	Usted paga un copago de $100 por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio o por cada servicio de observación cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de $175 por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio o por cada servicio de observación cubiertos por Medicare.
Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Usted paga un copago de $100 por cada visita de terapia individual o de grupo cubierta por Medicare llevada a cabo en un hospital o en un centro asociado con un hospital.	Usted paga un copago de $40 por cada visita de terapia individual o de grupo cubierta por Medicare llevada a cabo en un hospital o en un centro asociado con un hospital.
Servicios de ambulancia	Usted paga un copago de $250 por cada viaje de un trayecto en ambulancia aérea cubierto por Medicare.	Usted paga el 20% del costo total por cada viaje de un trayecto en ambulancia aérea cubierto por Medicare.
Servicios de transporte	Usted paga un copago de $0 por viaje de un trayecto, hasta 24 viajes hacia lugares aprobados por año calendario.	Usted paga un copago de $0 por viaje de un trayecto, hasta 30 viajes hacia lugares aprobados por año calendario.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos	Usted paga un copago de $0 por los suministros para diabéticos cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de $0 por los suministros para diabéticos de Accu-Chek y OneTouch cubiertos por Medicare. No se cubren otras marcas a menos que sean médicamente necesarias y cuenten con autorización previa. Si obtiene autorización para otra marca, usted paga el 20% del costo.
Servicios dentales preventivos e integrales	Usted paga un copago de $0 por cada examen bucal, hasta 1 examen cada 6 meses. Usted paga un copago de $0 por cada limpieza, hasta 1 limpieza cada 6 meses. El tratamiento con flúor no está cubierto. Tiene un límite máximo de beneficio anual de $2,000 para los servicios dentales preventivos e integrales cubiertos por el plan.	Usted paga un copago de $0 por cada examen bucal, hasta 2 exámenes por año calendario. Usted paga un copago de $0 por cada limpieza, hasta 2 limpiezas por año calendario. Usted paga un copago de $0 por cada tratamiento con flúor, hasta un tratamiento por año calendario. Tiene un límite máximo de beneficio anual de $1,000 para los servicios dentales integrales cubiertos por el plan.
Atención de la vista (exámenes)	Usted paga un copago de $10 por cada examen de la vista cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de $0 por cada examen de la vista para diabéticos cubierto por Medicare. Usted paga un copago de $10 por todos los otros exámenes de la vista cubiertos por Medicare.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Atención de la vista de rutina (lentes y accesorios)	Con el plan se cubren hasta $200 para anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto por año calendario. Si quiere más información, consulte la *Evidencia de Cobertura*.	Con el plan se cubren hasta $250 para anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto por año calendario. Si quiere más información, consulte la *Evidencia de Cobertura*.
Artículos de venta libre	Usted paga un copago de $0 por los artículos de venta libre cubiertos. El plan cubre hasta $60 por mes. Los saldos que no se hayan utilizado para el final de cada mes calendario no se transferirán. Puede pedir hasta 5 artículos iguales por mes. No hay límites para la cantidad total de artículos en su pedido.	Usted paga un copago de $0 por los artículos de venta libre cubiertos. El plan cubre hasta $80 por mes. Los saldos que no se hayan utilizado para el final de cada mes calendario no se transferirán. Puede pedir hasta 5 artículos iguales por mes. No hay límites para la cantidad total de artículos en su pedido.

Sección 1.6: Cambios en la Cobertura de Medicamentos Que Requieren Receta Médica de la Parte D

Cambios en Nuestra *Lista de Medicamentos*

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina "*Formulario*" o "Lista de Medicamentos". Puede obtener una copia de nuestra *Lista de Medicamentos* de manera electrónica.

Hemos implementado cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*, que incluyen cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Consulte la *Lista de Medicamentos* para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si se aplicará alguna restricción.**

Si lo afecta algún cambio en la cobertura de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- **Hablar con su médico (o persona que receta) y solicitarle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento.
    - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de la *Evidencia de Cobertura* (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)*) o llame al Departamento de Servicios al Afiliado.
- **Consultar a su médico (o persona que receta) para buscar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no figura en el *Formulario* dentro de los primeros 90 días del año del plan o dentro de los primeros 90 días de su afiliación al plan, para evitar que se interrumpa el tratamiento.

La mayoría de los cambios en la *Lista de Medicamentos* tienen lugar al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que, durante el año, realicemos otros cambios que cumplen con las reglas de Medicare.

Cuando realizamos estos cambios en la *Lista de Medicamentos* durante el año, aún puede hablar con su médico (o persona que receta) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. Seguiremos actualizando nuestra *Lista de Medicamentos* en línea como se programó y brindaremos la información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la *Lista de Medicamentos*, consulte el Capítulo 5, Sección 6, de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en los Costos de los Medicamentos Que Requieren Receta Médica

Nota: Si participa en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D es posible que no se aplique a usted.** Le enviamos un encarte aparte denominado "Cláusula Adicional de la *Evidencia de Cobertura* para las Personas Que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Sus Medicamentos Que Requieren Receta Médica" (también denominada "Cláusula Adicional de Subsidio por Ingreso Bajo" o "Cláusula Adicional LIS"), que le brinda información sobre los costos de los medicamentos. Si usted obtiene Ayuda Adicional y no ha recibido este encarte antes del 30 de septiembre de 2019, llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite la *Cláusula Adicional LIS*. Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado están en la Sección 7.1 de este cuadernillo.

Existen cuatro etapas de pago de medicamentos. El monto que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa en la que se encuentra. (También puede consultar el Capítulo 6, Sección 2, de la *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre estas etapas).

A continuación, se muestran los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas, la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los afiliados no llegan a las otras dos etapas, la Etapa de brecha de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica. Si quiere obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de Cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web, allwell.sunshinehealth.com. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en la Etapa del Deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pago no le corresponde.	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pago no le corresponde.

Cambios en Su Costo Compartido en la Etapa de Cobertura Inicial

Para obtener información sobre cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos de desembolso que puede pagar por medicamentos que requieren receta médica*, de la *Evidencia de Cobertura.*

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Durante esta etapa, se cubre la parte del costo de los medicamentos que le corresponde al plan, y **usted paga su parte del costo**. Los costos que se indican en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta médica en una farmacia de la red. Si quiere obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo en una farmacia de la red que ofrezca un costo compartido preferido, o de los medicamentos que requieren	Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red: **Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:** Costo compartido estándar: usted paga un copago de $10 por receta médica. Costo compartido preferido: usted paga un copago de $0 por receta médica. **Nivel 2: medicamentos genéricos:** Costo compartido estándar: usted paga un copago de $20 por receta médica.	Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red: **Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:** Costo compartido estándar: usted paga un copago de $10 por receta médica. Costo compartido preferido: usted paga un copago de $0 por receta médica. **Nivel 2: medicamentos genéricos:** Costo compartido estándar: usted paga un copago de $20 por receta médica.

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
receta médica de compra por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5, de la *Evidencia de Cobertura*. Hemos cambiado el nivel para algunos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos*. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la *Lista de Medicamentos*.	Costo compartido preferido: usted paga un copago de $0 por receta médica. **Nivel 3: medicamentos de marca preferidos:** Costo compartido estándar: usted paga un copago de $47 por receta médica. Costo compartido preferido: usted paga un copago de $42 por receta médica. **Nivel 4: medicamentos no preferidos:** Costo compartido estándar: usted paga un copago de $100 por receta médica. Costo compartido preferido: usted paga un copago de $100 por receta médica. **Nivel 5: nivel de especialidades:** Costo compartido estándar: usted paga el 33% del costo total. Costo compartido preferido: usted paga el 33% del costo total. **Nivel 6: determinados medicamentos:** Costo compartido estándar: usted paga un copago de $10 por receta médica.	Costo compartido preferido: usted paga un copago de $0 por receta médica. **Nivel 3: medicamentos de marca preferidos:** Costo compartido estándar: usted paga un copago de $47 por receta médica. Costo compartido preferido: usted paga un copago de $42 por receta médica. **Nivel 4: medicamentos no preferidos:** Costo compartido estándar: usted paga un copago de $100 por receta médica. Costo compartido preferido: usted paga un copago de $100 por receta médica. **Nivel 5: nivel de especialidades:** Costo compartido estándar: usted paga el 33% del costo total. Costo compartido preferido: usted paga el 33% del costo total. **Nivel 6: determinados medicamentos:** Costo compartido estándar: usted paga un copago de $10 por receta médica.

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	Costo compartido preferido: usted paga un copago de $0 por receta médica. _____ Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los $3,820, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha de cobertura).	Costo compartido preferido: usted paga un copago de $0 por receta médica. _____ Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los $4,020, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha de cobertura).

Cambios en las Etapas de Brecha de Cobertura y Cobertura Catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de brecha de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica, son para personas que gastan mucho dinero en medicamentos. **La mayoría de los afiliados no llegan a las Etapas de brecha de cobertura y cobertura catastrófica.** Si quiere obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios Administrativos

Proceso	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Cambios en el monto de desembolso máximo	Los siguientes beneficios y servicios se aplican a su desembolso máximo: Todos los beneficios cubiertos por Medicare dentro de la red. Días adicionales ilimitados de atención hospitalaria para pacientes internados agudos. Atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de transporte de emergencia internacionales. Cuidado de los pies de rutina no cubierto por Medicare. Las primeras 3 pintas de sangre. Examen físico anual no cubierto por Medicare.	Los siguientes beneficios y servicios se aplican a su desembolso máximo: Todos los beneficios cubiertos por Medicare dentro de la red. Cuidado de los pies de rutina no cubierto por Medicare. Las primeras 3 pintas de sangre. Servicios de transporte hacia lugares aprobados. Artículos de venta libre. Examen físico anual no cubierto por Medicare. Beneficio de acondicionamiento físico. Línea de Consultas con Enfermeras. Servicios dentales preventivos. Exámenes de la vista de rutina. Lentes y accesorios de rutina. Pruebas auditivas de rutina. Ajuste de audífonos.
Cambios en las remisiones	Su plan requería remisiones de su médico de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) para que usted recibiera determinados servicios.	Ya no se requiere que su PCP le brinde una remisión para que usted pueda acceder a determinados servicios.

SECCIÓN 3 Cómo Decidir Qué Tipo de Plan Elegir

Sección 3.1: Si Quiere Permanecer en Allwell Medicare (HMO)

Si quiere permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se afilia a otro plan ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, permanecerá afiliado automáticamente a nuestro plan para 2020.

Sección 3.2: Si Quiere Cambiar de Plan

Esperamos mantenerlo como afiliado el próximo año, pero, si quiere hacer un cambio para 2020, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas

- Puede afiliarse a otro plan de salud de Medicare en tiempo y forma.
- *O* puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si se va a afiliar a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 relativa a una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para saber más sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y Usted 2020*, llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área con el buscador de planes de Medicare que se encuentra en el sitio web de Medicare. Ingrese en https://www.medicare.gov y haga clic en "Find health & drug plans" (Buscar planes de salud y de medicamentos). **Aquí encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: Cambie de cobertura

- Para cambiarse **a un plan de salud de Medicare diferente**, afíliese al nuevo plan. Se cancelará automáticamente su afiliación a Allwell Medicare (HMO).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos que requieren receta médica**, afíliese al nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su afiliación a Allwell Medicare (HMO).
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos que requieren receta médica**, debe hacer lo siguiente:
    - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su afiliación. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado si necesita obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están en la Sección 7.1 de este cuadernillo).

- *O* comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su afiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para Cambiar de Plan

Si quiere cambiarse a otro plan o a Medicare Original el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor a partir del 1.º de enero de 2020.

¿Puede hacer cambios en otras épocas del año?

En algunos casos, también se permite hacer cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos, las que tienen cobertura de un empleador o van a dejarla, y las que se mudan fuera del área de servicio pueden hacer cambios en otras épocas del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3, de la *Evidencia de Cobertura*.

Si se afilia a un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2020 y no está conforme con el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare) o puede cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare) entre el 1.º 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 5 Programas Que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se denomina Programa de Asistencia de Necesidades de Seguro de Salud para Personas Mayores.

El Programa de Asistencia de Necesidades de Seguro de Salud para Personas Mayores (por sus siglas en inglés, SHINE) es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar orientación local y **gratuita** sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare. Los asesores del SHINE pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. También pueden ayudarlo a comprender sus opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con el SHINE, al 1-800-963-5337. Los usuarios de TDD/TTY deben llamar al 1-800-955-8770. Puede obtener más información sobre el SHINE en su sitio web (http://floridashine.org).

SECCIÓN 6 Programas Que Ayudan a Pagar los Medicamentos Que Requieren Receta Médica

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos que requieren receta médica.

- **Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de los medicamentos que requieren receta médica. Si lo hace, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de medicamentos, que incluyen primas mensuales de medicamentos que requieren receta médica, deducibles anuales y coseguros. Además, las personas que reúnen los requisitos no tendrán una brecha de cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas cumplen con los requisitos, y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame a uno de los siguientes números:
    - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Pueden hacerlo 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 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (por solicitudes).
    - La Oficina de Medicaid de su estado (por solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos que requieren receta médica para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (por sus siglas en inglés, ADAP) ayuda a garantizar que las personas con VIH/sida que reúnen los requisitos para el programa tengan acceso a medicamentos esenciales contra el VIH. Las personas deben cumplir con ciertos requisitos, incluidos los siguientes: prueba de residencia dentro del estado y condición de portador del VIH; bajos ingresos, como lo define el estado; y no estar aseguradas, o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para la asistencia de costo compartido por medicamentos que requieren receta médica a través del ADAP de Florida. Para obtener más información sobre requisitos, medicamentos cubiertos o formas de inscripción en este programa, llame al ADAP de Florida, al 1-850-245-4334, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar del este. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?

Sección 7.1: Cómo Obtener Ayuda de Allwell Medicare (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-877-935-8022. (Los usuarios de TTY únicamente deben llamar al 711). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Fuera de los horarios de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, se utiliza un sistema de mensajería. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de Cobertura* para 2020 (contiene detalles sobre los beneficios y los costos para el próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* le brinda un resumen de los cambios en los beneficios y los costos para 2020. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* para 2020 de Allwell Medicare (HMO). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios del plan. Le explica sus derechos y las reglas que debe cumplir para obtener medicamentos que requieren receta médica y servicios cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, allwell.sunshinehealth.com. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web, allwell.sunshinehealth.com. Recuerde que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Farmacias y Proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (*Formulario*/*Lista de Medicamentos*).

Sección 7.2: Cómo 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). Contiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área con el buscador de planes de Medicare que se encuentra en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, ingrese en https://www.medicare.gov y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos)).

Lea el manual *Medicare y Usted 2020*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2020*. Todos los años en otoño, este manual se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no posee una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov) o por teléfono 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.