

***Stanford Health Care Advantage Gold (HMO) ofrecido  
por Stanford Health Care Advantage***

## **Aviso anual de cambios para 2018**

Actualmente, usted está inscrito como miembro de *Stanford Health Care Advantage Gold*. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

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

### **Qué debe hacer ahora**

#### **1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted**

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
  - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
  - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
  - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto sobre nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan.
  - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
  - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
  - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de obtenerlo?
  - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en cuanto al costo de usar esta farmacia?
  - Revise la Lista de medicamentos para 2018 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
  - ¿Se encuentran sus médicos en nuestra red?
  - ¿Qué ocurre con los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
  - Consulte la Sección 1.3 para obtener información acerca de nuestro Directorio de proveedores.

- Piense acerca de los costos generales de atención médica.
  - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
  - ¿Cuánto dinero gastará en su prima y deducibles?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
  
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

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

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.
  - Utilice la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).
  - Revise la lista en la portada posterior de su manual Medicare & You (Medicare y Usted).
  - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.
  
- Una vez que limita su elección a un plan preferido, confirme sus costos totales y la cobertura en el sitio web del plan.

**3. ELIJA: Decida si** desea cambiar su plan

- Si desea **conservar** *Stanford Health Care Advantage Gold*, no necesita hacer nada. Permanecerá en *Stanford Health Care Advantage Gold*.
- Para cambiarse a un **plan diferente** que podría satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

**4. INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, debe inscribirse en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2017**

- Si **no se inscribe antes del 7 de diciembre de 2017**, permanecerá en *Stanford Health Care Advantage Gold*.
- Si **se inscribe antes del 7 de diciembre 2017**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2018.

## Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin cargo en español.
- Para obtener información adicional, llame al número del Departamento de Servicio para los miembros al 1-855-996-8422. (Los usuarios de TTY deben llamar al: 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre.
- ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-996-8422 (TTY: 711).
- ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-996-8422 (TTY: 711).
- Este documento está disponible en otros formatos, como impreso en tamaño de letra grande. Para obtener información adicional, llame al Servicio de atención para los miembros de Stanford Health Care Advantage al 1-855-996-8422, o si es usuario de TTY, llame al 711.
- **La cobertura de este plan califica como cobertura esencial mínima (MEC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Medidas de Protección del Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

## Acerca de *Stanford Health Care Advantage Gold*

- Stanford Health Care Advantage es una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Stanford Health Care Advantage depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Stanford Health Care Advantage. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a *Stanford Health Care Advantage Gold*.

## Resumen de costos importantes para 2018

La tabla a continuación compara los costos de 2017 y los costos de 2018 para *Stanford Health Care Advantage Gold* en diversas áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este Aviso anual de cambios** y revisar la *Evidencia de cobertura* que se adjunta para saber si lo afectan otros cambios en los beneficios o costos.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b>	\$49.00	\$55.00
* Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.		
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b>	\$4,900	\$5,900
Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).		
<b>Consultas en el consultorio del médico</b>	Consultas de atención primaria: Copago de \$10 por consulta	Consultas de atención primaria: Copago de \$10 por consulta
	Consultas a especialistas: Copago de \$30 por consulta	Consultas a especialistas: Copago de \$30 por consulta

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p><b>Estadías como paciente internado en un hospital</b></p> <p>Incluye cuidados agudos, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado.</p>	<p>Usted paga un copago de \$250 por los días 1 al 6</p> <p>(paga un copago de \$0 por el resto de la hospitalización).</p>	<p>Usted paga un copago de \$275 por los días 1 al 7</p> <p>(paga un copago de \$0 por el resto de la hospitalización).</p>

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b></p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$0.00</p> <p><i>Copago/Coseguro según corresponda durante la</i> Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 1: \$2 por el suministro para un mes/\$6 por el suministro para tres meses</li> <li>• Medicamentos de Nivel 2: \$15 por el suministro para un mes/\$45 por el suministro para tres meses</li> <li>• Medicamentos de Nivel 3: \$47 por el suministro para un mes/\$141 por el suministro para tres meses</li> <li>• Medicamentos de Nivel 4: \$100 por el suministro para un mes/\$300 por el suministro para tres meses</li> <li>• Medicamentos de Nivel 5: 33% por el suministro para un mes</li> </ul>	<p>Deducible: \$250.00 (Niveles 3, 4 y 5 únicamente)</p> <p><i>Copago/Coseguro según corresponda durante la</i> Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 1: \$5 por el suministro para un mes/\$15 por el suministro para tres meses</li> <li>• Medicamentos de Nivel 2: \$15 por el suministro para un mes/\$45 por el suministro para tres meses</li> <li>• Medicamentos de Nivel 3: \$47 por el suministro para un mes/\$141 por el suministro para tres meses</li> <li>• Medicamentos de Nivel 4: \$100 por el suministro para un mes/\$300 por el suministro para tres meses</li> <li>• Medicamentos de Nivel 5: 28% por el suministro para un mes</li> <li>• Medicamentos de Nivel 6: \$2 por el suministro para un mes/\$6 por el suministro para tres meses</li> </ul>

## ***Aviso anual de cambios para 2018***

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2018.....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año A .....</b>	<b>5</b>
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual .....	5
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo .....	5
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	6
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	7
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	7
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	8
<b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>13</b>
Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en <i>Stanford Health Care Advantage Gold</i> .....	13
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan .....	13
<b>SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan .....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....</b>	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta .....</b>	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 6 Preguntas .....</b>	<b>16</b>
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de <i>Stanford Health Care Advantage Gold</i> .....	16
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare .....	17

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

### Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$49.00	\$55.00

- Su prima mensual del plan será mayor si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida, por quedarse sin otra cobertura para medicamentos tan buena como la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más, si se inscribe en la cobertura para medicamentos recetados de Medicare en el futuro.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será menor si usted recibe “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta.

### Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, generalmente, no paga nada más por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.



Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b></p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan y sus costos para medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	\$4,900	<p>\$5,900</p> <p>Una vez que ha pagado \$5,900 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, usted no pagará nada más por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

### Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Nuestra red ha cambiado más de lo habitual para 2018. En nuestra página web [www.StanfordHealthCareAdvantage.org](http://www.StanfordHealthCareAdvantage.org) se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar al Departamento de Servicio para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Le sugerimos enérgicamente que revise el Directorio de proveedores vigente para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) todavía se encuentran en nuestra red de servicios.**

Es importante que sepa que, durante el año, es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, Medicare solicita que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Realizaremos nuestro mayor esfuerzo para enviarle un aviso en el cual se le explicará que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.

- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle 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 con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web [www.StanfordHealthCareAdvantage.org](http://www.StanfordHealthCareAdvantage.org) se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar al Departamento de Servicio para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2018 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

---

## Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

---

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2018*.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios (ASC)</b>	Usted paga un copago de \$235 para los beneficios cubiertos por Medicare.	Usted paga un coseguro del 20% para los beneficios cubiertos por Medicare.
<b>Servicios de ambulancia</b>	Usted paga un copago de \$200.	Usted paga un copago de \$210.
<b>Examen físico anual</b>	Ningún beneficio	Usted no paga nada.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Suministros y servicios para la diabetes, y zapatos terapéuticos o plantillas para personas con diabetes</b>	Usted paga un coseguro del 20% para los zapatos terapéuticos o plantillas para personas con diabetes cubiertos por Medicare.	Usted no paga nada.
<b>Atención de emergencia</b>	Usted paga un copago de \$75.	Usted paga un copago de \$80.
<b>Atención para pacientes internados en un hospital</b>	Usted paga un copago de \$250 por los días 1 al 6 (paga un copago de \$0 por el resto de la hospitalización).	Usted paga un copago de \$275 por los días 1 al 7 (paga un copago de \$0 por el resto de la hospitalización).
<b>Servicios psiquiátricos para pacientes internados en un hospital</b>	Usted paga un copago de \$250 por los días 1 al 6 (paga un copago de \$0 por el resto de la hospitalización).	Usted paga un copago de \$270 por los días 1 al 6 (paga un copago de \$0 por el resto de la hospitalización).
<b>Servicios hospitalarios para pacientes externos</b>	Usted paga un copago de \$235 para los beneficios cubiertos por Medicare.	Usted paga un coseguro del 20% para los beneficios cubiertos por Medicare.
<b>Transporte</b>	Usted paga un copago de \$0 por 24 viajes de ida o de vuelta por año hacia o desde las ubicaciones aprobadas por el plan.	Ningún beneficio

## Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

### Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. En nuestro sitio web [www.StanfordHealthCareAdvantage.org](http://www.StanfordHealthCareAdvantage.org) encontrará una copia de nuestra Lista de medicamentos. Para obtener más información sobre los medicamentos que están cubiertos,

puede visitar el sitio web del plan ([www.StanfordHealthCareAdvantage.org](http://www.StanfordHealthCareAdvantage.org)) o llamar al Departamento de Servicio para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a usted, puede hacer lo siguiente:

- **Trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** que soliciten una excepción antes del próximo año.
  - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame al Departamento de Servicio para los miembros.
- **Hablar con su médico (o con otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar otro medicamento** que cubramos. Puede llamar al Departamento de Servicio para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunos casos, se nos exige que cubramos un **único** suministro temporal de un medicamento que no esté en el formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar un período sin tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Si hacemos una excepción y cubrimos su medicamento que no está en el formulario para el año en curso, usted o su médico o la persona autorizada a dar recetas deberán solicitarnos una excepción para que cubramos el medicamento que no está en el formulario el año próximo.

#### **Cambios en los costos de los medicamentos con receta**

*Nota:* Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D que no aplique para usted.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider”

o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y si no recibió este documento antes del *30 de septiembre*, llame al Departamento de Servicio para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”. En la Sección 6.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono del Departamento de Servicio para los miembros.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. La cantidad que pague por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede buscar en la Sección 2.1 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe 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 miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* que se adjunta).

### Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que llegue al deducible anual.</p>	<p>Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.</p>	<p>Usted paga un deducible de \$250 (no se aplica a los Niveles 1, 2 y 6).</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$5.00 por los medicamentos del Nivel 1; paga un costo compartido de \$15.00 por los medicamentos del Nivel 2; paga un costo compartido de \$2.00 por los medicamentos del Nivel 6; paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

**Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial**

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de su Evidencia de cobertura.*

<b>Etapas</b>	<b>2017 (este año)</b>	<b>2018 (próximo año)</b>
<p><b>Etapas 2: Etapas de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (34 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo, en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido preferido, o de los medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura.</i></p> <p><b>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</b></p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>_____</p> <p><b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</b> Usted paga \$2 por receta.</p> <p><b>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos</b> Usted paga \$15 por receta.</p> <p><b>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos</b> Usted paga \$47 por receta.</p> <p><b>Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos</b> Usted paga \$100 por receta.</p> <p><b>Nivel 5: nivel de medicamentos especializados</b> Usted paga el 33% del costo total.</p> <p>_____</p> <p>Una vez que haya pagado \$4,950 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapas de cobertura en situaciones catastróficas).</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>_____</p> <p><b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</b> Usted paga \$5 por receta.</p> <p><b>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos</b> Usted paga \$15 por receta.</p> <p><b>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos</b> Usted paga \$47 por receta.</p> <p><b>Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos</b> Usted paga \$100 por receta.</p> <p><b>Nivel 5: nivel de medicamentos especializados</b> Usted paga el 28% del costo total.</p> <p><b>Nivel 6: medicamentos de atención selecta</b> Usted paga \$2 por receta.</p> <p>_____</p> <p>Una vez que haya pagado \$5,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapas de cobertura en situaciones catastróficas).</p>

## **Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos (la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas) son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

## **SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir**

### **Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en *Stanford Health Care Advantage Gold***

**Para seguir inscrito en nuestro plan no será necesario que haga nada.** Si no se registra para un plan diferente ni se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2018.

### **Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan**

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2018, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

#### **Paso 1: conozca y compare sus opciones**

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

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2018 (Medicare y Usted 2018)*, llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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

Como recordatorio, *Stanford Health Care Advantage* ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos.



**Paso 2: cambie su cobertura**

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en un plan nuevo. Su inscripción en *Stanford Health Care Advantage Gold* se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en *Stanford Health Care Advantage Gold* se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, tiene las siguientes posibilidades:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con el Departamento de Servicio para los miembros (en la Sección 6.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono).
  - *O bien*, póngase en contacto con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**SECCIÓN 3 Plazo para el cambio 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 vigencia el 1 de enero de 2018.

**¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?**

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, las personas que tienen o abandonan la cobertura del empleador y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2018 y no está satisfecho con su opción de plan, puede cambiar a Original Medicare entre el 1 de enero y el 14 de febrero de 2018. Para obtener más información, 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 sobre seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En *California*, el SHIP se denomina Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (Health Insurante Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El *HICAP* es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del *HICAP* pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al *HICAP* al (408) 350-3200. Puede obtener más información sobre el *HICAP* en su sitio web (<http://www.mysourcewise.com>).

## SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, se enumeran distintos tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán supeditadas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame a cualquiera de las siguientes instituciones:
  - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
  - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
  - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).

- **Asistencia de costo compartido para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y de estado de sin seguro o infraseguro. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta de la *Oficina del SIDA*, [www.cdph.ca.gov/programaids](http://www.cdph.ca.gov/programaids). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a *Ramsdell Public Health Rx* al 1-888-311-7632.

## SECCIÓN 6 Preguntas

### Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de *Stanford Health Care Advantage Gold*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Departamento de Servicio para los miembros al 1-855-996-8422. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al: 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura de 2018* (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2018. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2018 para Stanford Health Care Advantage Gold*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. En este sobre se incluye una copia de la *Evidencia de cobertura*.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en <https://www.StanfordHealthCareAdvantage.org>. Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

---

## Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

---

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, 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>). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para obtener más información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y medicamentos]).

### **Lea *Medicare & You 2018 (Medicare y Usted 2018)***

Puede leer el manual *Medicare & You 2018 (Medicare y Usted 2018)*. Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.