

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

Aviso anual de cambios para 2019

Actualmente, usted es miembro inscrito de *Stanford Health Care Advantage Gold*. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y los beneficios del plan. *En este folleto se le informa sobre dichos cambios.*

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

Qué hacer ahora

1. PREGUNTAR: qué cambios se aplican a su caso

- Revisar los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Es importante que revise su cobertura en este momento para asegurarse de que sus necesidades estarán cubiertas el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usa?
 - Consulte las Secciones *1.1* y *1.5* para obtener información sobre los cambios en los beneficios y los costos de nuestro plan.
- Revisar los cambios en el folleto en nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Están sus medicamentos en otro nivel, con otro costo compartido?
 - ¿Tienen algunos de sus medicamentos nuevas restricciones, como contar con nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Cambió el costo que paga por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos para 2019 y consulte la Sección *1.6* para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las opciones más económicas que pueden estar disponibles, ya que podrían representar un ahorro en los costos anuales que debe pagar de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre precios de medicamentos,

visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. En estos paneles se destacan cuáles son los fabricantes que han aumentado sus precios y también se brindan información sobre el precio de los medicamentos año tras año. Tenga en cuenta que los beneficios del plan determinarán exactamente cuánto puede cambiar el costo de sus propios medicamentos.

- Revisar si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos en nuestra red?
 - ¿Qué sucede con los hospitales u otros proveedores que usa?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
 - Pensar en los costos generales de su atención médica.
 - ¿Cuánto dinero de su bolsillo invertirá para los servicios y los medicamentos con receta que usa con regularidad?
 - ¿Cuánto dinero gastará en su prima y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
 - Pensar en su grado de satisfacción con respecto a nuestro plan.
- 2. COMPARAR:** obtenga información sobre otras opciones de planes.
- Revisar la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función 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 medicamentos).
 - Revise la lista en la contraportada del manual Medicare & You (Medicare y usted).
 - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus elecciones.
 - Cuando delimite las opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.
- 3. ELEGIR: decida si quiere cambiar de plan.**
- Si desea **conservar** *Stanford Health Care Advantage Gold*, no es necesario que haga nada. Seguirá inscrito en *Stanford Health Care Advantage Gold*.
 - Si decide cambiarse a **otro plan** que pueda cubrir mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRIBIRSE: para cambiar de plan, inscribábase entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2018**.

- Si **no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, permanecerá inscrito en *Stanford Health Care Advantage Gold*.
- Si se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018, la nueva cobertura entrará en vigencia el 1.º de enero de 2019.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, llame al número 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 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril 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 médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de *Stanford Health Care Advantage Gold*

- Stanford Health Care Advantage es un plan de la Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, 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 2019

En la tabla a continuación se comparan los costos de 2018 con los costos de 2019 para *Stanford Health Care Advantage Gold* en diversas áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante que lea el resto de este Aviso anual de cambios** y que revise la *Evidencia de cobertura* que está disponible por separado para ver si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan.

Costo	2018 (este año)	2019 (el próximo año)
Prima mensual del plan* *Es posible que su prima sea mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$55.00	\$69.00
Monto máximo que paga de su bolsillo Esto es lo <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 información).	\$5,900	\$5,900
Consultas en el consultorio	Consultas de atención primaria: copago de \$10 por consulta Consultas con un especialista: copago de \$30 por consulta	Consultas de atención primaria: copago de \$10 por consulta Consultas con un especialista: copago de \$30 por consulta

Costo	2018 (este año)	2019 (el próximo año)
<p>Hospitalización para pacientes internados 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 \$275 por los días 1 al 7. (Usted 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. (Usted paga un copago de \$0 por el resto de la hospitalización).</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (el próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$250 en medicamentos de los niveles 3, 4 y 5</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$5 por el suministro para un mes/\$15 por el suministro para tres meses • Nivel 2 de medicamentos: \$15 por el suministro para un mes/\$45 por el suministro para tres meses • Nivel 3 de medicamentos: \$47 por el suministro para un mes/\$141 por el suministro para tres meses • Nivel 4 de medicamentos: \$100 por el suministro para un mes/\$300 por el suministro para tres meses • Nivel 5 de medicamentos: 28 % por el suministro para un mes • Nivel 6 de medicamentos: \$2 por el suministro para un mes/\$6 por el suministro para tres meses 	<p>Deducible: \$250 en medicamentos de los niveles 3, 4 y 5</p> <p>Copago o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$5 por el suministro para un mes/\$15 por el suministro para tres meses • Nivel 2 de medicamentos: \$15 por el suministro para un mes/\$45 por el suministro para tres meses • Nivel 3 de medicamentos: \$47 por el suministro para un mes/\$141 por el suministro para tres meses • Nivel 4 de medicamentos: \$100 por el suministro para un mes/\$300 por el suministro para tres meses • Nivel 5 de medicamentos: 28 % por el suministro para un mes • Nivel 6 de medicamentos: \$2 por el suministro para un mes/\$6 por el suministro para tres meses

Aviso anual de cambios para 2019
Índice

- Resumen de costos importantes para 2019 1**
- SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año 5**
 - Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual5
 - Sección 1.2 – Cambios en los montos máximos que paga de su bolsillo5
 - 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 los costos de los servicios médicos7
 - Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....10
- SECCIÓN 2 Cambios administrativos 15**
- SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir..... 16**
 - Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en *Stanford Health Care Advantage Gold*16
 - Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan16
- SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan 17**
- SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 18**
- SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 18**
- SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?..... 19**
 - Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de *Stanford Health Care Advantage Gold*.....19
 - Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare20

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (el próximo año)
Prima mensual (Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$55.00	\$69.00
Prima por beneficios suplementarios opcionales (beneficios odontológicos y oftalmológicos)	n/d	\$20.00

- La prima mensual de su plan será *mayor* si usted está obligado a pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida, por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, tan buena como la cobertura para medicamentos de Medicare (también denominada "cobertura acreditable") durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso mayor, 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 recibe "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos con receta.

Sección 1.2 – Cambios en los montos máximos que paga de su bolsillo

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

Costo	2018 (este año)	2019 (el próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo	\$5,900	\$5,900
Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Las primas de su plan y los costos que paga por los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.		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.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Nuestra red se ha modificado más que lo habitual para 2019. En nuestro sitio web, encontrará un Directorio de proveedores actualizado, www.StanfordHealthCareAdvantage.org. También puede llamar al Servicio para los miembros para solicitar información actualizada de proveedores o pedirnos que le enviemos un Directorio de proveedores por correo. **Le recomendamos encarecidamente que revise nuestro Directorio de proveedores actual para consultar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) siguen integrando nuestra red.**

Es importante que sepa que es podemos realizar cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varios motivos por los cuales su proveedor podría dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista dejan de estar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores pueda cambiar durante el año, Medicare solicita que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos lo posible por enviarle un aviso con al menos 30 días de anticipación en el cual se le informará que su proveedor dejará nuestro plan, de manera que tenga tiempo para elegir a un proveedor nuevo.
- Le 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 dejarán el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar a 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 use. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus 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, se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar al 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 2019 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

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

El próximo año, cambiaremos nuestra cobertura para determinados servicios médicos. La información a continuación describe estos cambios. Para obtener más información 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 2019*.

Costo	2018 (este año)	2019 (el próximo año)
Servicios odontológicos no cubiertos por Medicare	Sin cobertura	<p>No están cubiertos, a menos que se registre en un paquete de beneficios suplementarios por una prima adicional.</p> <p>La Organización para el Mantenimiento de la Salud Dental de Delta (Delta Dental Health Maintenance Organization, DHMO) brinda cobertura odontológica de emergencia y dentro de la red.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 a \$5 para servicios preventivos y de diagnóstico.</p> <p>Usted paga un copago de \$8 a \$395 para servicios reconstituyentes.</p> <p>Usted paga un copago de \$5 a \$445 para cirugías de endodoncia, periodoncia, prostodoncia, bucales y maxilofaciales.</p> <p>Si desea obtener más información sobre los beneficios, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de cobertura</i> y el <i>Anexo sobre los beneficios odontológicos de Delta de Stanford Health Care Advantage</i>.</p>
Servicio de radiología de diagnóstico	Pruebas ambulatorias de radiología de diagnóstico: resonancia magnética (MRI), tomografía computada (CT) y tomografía por emisión de positrones (PET): copago de \$200.	Pruebas ambulatorias de radiología de diagnóstico: resonancia magnética (MRI), tomografía computada (CT) y tomografía por emisión de positrones (PET): copago de \$210.

Costo	2018 (este año)	2019 (el próximo año)
Comidas a domicilio (para pacientes que acaban de recibir el alta y aquellos que padecen enfermedades crónicas) *Se requiere autorización previa	Copago de \$0 por hasta 28 días al año y dos comidas diarias, según sea necesario (hasta un total de 56 comidas) para pacientes que acaban de recibir el alta. Copago de \$0 por hasta 14 días (dos semanas) para pacientes que padecen enfermedades crónicas.	El beneficio de las comidas <u>no</u> está cubierto.

Costo	2018 (este año)	2019 (el próximo año)
Servicios oftalmológicos no cubiertos por Medicare	Sin cobertura	<p>No están cubiertos, a menos que se registre en un paquete de beneficios suplementarios por una prima adicional.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 para exámenes oftalmológicos (uno por año calendario).</p> <p>Usted tiene una bonificación de \$150 a \$175 para marcos de anteojos recetados y lentes estándar (cada dos años).</p> <p>Usted paga un copago de \$55 a \$175 para mejoras de los cristales (cada dos años).</p> <p>Usted paga hasta \$60 para evaluaciones y ajustes de lentes de contacto, y tiene una bonificación de \$150 (cada dos años).</p> <p>Un proveedor de VSP ofrece descuentos para cirugías correctivas de la vista con láser.</p> <p>Si desea obtener más información sobre los beneficios, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de cobertura</i> y el <i>Resumen de beneficios de VSP</i> adjunto.</p>

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 www.StanfordHealthCareAdvantage.org, encontrará una copia electrónica de nuestra Lista de medicamentos.

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 alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura para medicamentos, 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 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 Servicio para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunos casos, se nos solicita cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar interrumpir el 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 durante el año actual, usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que solicitarnos una nueva excepción para cubrir el medicamento que no está en el Formulario el próximo año.

La mayoría de los cambios de la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios que estén permitidos por las normas de Medicare.

A partir de 2019, antes de realizar cambios en nuestra Lista de medicamentos durante el año que nos exigen proporcionarle un aviso adelantado cuando está tomando un medicamento, le proporcionaremos un aviso de dichos cambios con 30 días de antelación (en lugar de 60 días) antes de que entren en vigencia dichos cambios. O bien, le proporcionaremos un resurtido por 34 días (en lugar de 60 días) de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Por ejemplo, proporcionaremos este aviso antes de reemplazar un medicamento de marca de la Lista de medicamentos por uno genérico, o antes de realizar cambios sobre la base de advertencias de la FDA o nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare.

Cuando realizamos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, usted lo mismo puede hablar con su médico (o la persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de

medicamentos en línea en función del cronograma y brindaremos cualquier otra información requerida para reflejar los cambios de medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte la Evidencia de cobertura en la Sección 6 del Capítulo 5).

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 con receta de la Parte D que no se aplique a su caso.** Le enviamos un inserto por separado, que se denomina «Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta», también denominada «Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos» o «Cláusula adicional LIS», donde se le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe "Ayuda adicional" y no recibió este documento antes del 30 de septiembre, llame al Servicio para los miembros y solicite la "Cláusula adicional LIS". En la Sección 7.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono de los Servicios 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 consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de su *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 está disponible por separado).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de los niveles 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual (no se aplica a los niveles 1, 2 y 6).</p>	<p>El deducible es de \$250.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$5.00 de costo compartido por los medicamentos del Nivel 1. Usted paga \$15.00 de costo compartido por los medicamentos del Nivel 2 y paga \$2.00 de costo compartido por los medicamentos del Nivel 6. Usted paga el costo total de los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$250.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$5.00 de costo compartido por los medicamentos del Nivel 1. Usted paga \$15.00 de costo compartido por los medicamentos del Nivel 2 y paga \$2.00 de costo compartido por los medicamentos del Nivel 6. Usted 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.*

Etapa	2018 (este año)	2019 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (34 días) cuando obtiene sus medicamentos</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><i>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:</i></p> <p>Usted paga \$5 por receta.</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><i>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:</i></p> <p>Usted paga \$5 por receta.</p>

Etapa	2018 (este año)	2019 (el próximo año)
<p>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 o los medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la Evidencia de cobertura.</p> <p>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.</p>	<p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos: Usted paga \$15 por receta.</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos: Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Nivel 5: nivel de medicamentos especializados: Usted paga el 28 % del costo total.</p> <p>Nivel 6: medicamentos de atención selecta: Usted paga \$2 por receta.</p> <p>.....</p> <p>Una vez que haya pagado \$5,000 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>	<p>Nivel 2: medicamentos genéricos no preferidos: Usted paga \$15 por receta.</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos: Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Nivel 5: nivel de medicamentos especializados: Usted paga el 28 % del costo total.</p> <p>Nivel 6: medicamentos de atención selecta: Usted paga \$2 por receta.</p> <p>.....</p> <p>Una vez que haya pagado \$5,100 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa 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 Cambios administrativos

Costo	2018 (este año)	2019 (el próximo año)
<p>En 2019, los servicios odontológicos integrales se ofrecerán en un paquete de beneficios suplementarios opcionales por una prima adicional de \$20 por mes (incluye beneficios odontológicos y oftalmológicos).</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>Beneficios suplementarios opcionales de Delta Dental DHMO disponibles para miembros. Para recibir cobertura, debe registrarse en el paquete de beneficios odontológicos y oftalmológicos suplementarios opcionales. Usted paga una prima adicional de \$20 por mes por estos beneficios extra.</p> <p>La Organización para el Mantenimiento de la Salud Dental de Delta (DHMO), también conocida como plan prepago, le exige elegir un odontólogo o establecimiento odontológico para coordinar todas sus necesidades de salud bucal. Su odontólogo de atención primaria lo derivará a especialistas si fuera necesario. La atención especializada puede requerir una autorización previa. Si desea obtener detalles de los beneficios, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de cobertura</i> y el <i>Anexo sobre los beneficios odontológicos de Delta de Stanford Health Care Advantage</i>.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (el próximo año)
En 2019, los servicios oftalmológicos se ofrecerán en un paquete de beneficios suplementarios opcionales por una prima adicional de \$20 por mes (incluye beneficios odontológicos y oftalmológicos).	Sin cobertura	Beneficios suplementarios opcionales para anteojos y exámenes oftalmológicos de VSP disponibles para miembros. Para recibir cobertura, debe registrarse en el paquete de beneficios odontológicos y oftalmológicos suplementarios opcionales. Usted paga una prima adicional de \$20 por mes por estos beneficios extra. Si desea obtener más información sobre los beneficios oftalmológicos, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 de la <i>Evidencia de cobertura</i> y el <i>Resumen de beneficios de VSP</i> adjunto.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en *Stanford Health Care Advantage Gold*

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es 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 2019.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2019, 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 2019* (Medicare y usted 2019), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Buscador de planes de Medicare disponible en la página web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en "Review and Compare Your Coverage Options" (Revisar y comparar las opciones de cobertura). **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, debe realizar una de las siguientes opciones:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con Servicios para los miembros (en la Sección 7.1 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 del día, los 7 días de la semana, y solicite que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 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.º de enero de 2019.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permiten 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 han abandonado 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 está inscrito en un plan de Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2019 y no está conforme con su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin la cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o bien, cambiar a Original Medicare (con o sin la cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 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 Insurance 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 con respecto a 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 1-800-434-0222. Puede obtener más información sobre el *HICAP* en su sitio web (www.cahealthadvocates.org).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que cumpla con 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 cumplan con los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si cumple con 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 cumplan con 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 cumple con 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 del día, los 7 días de la semana.
 - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).

- O bien, a la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA puedan acceder a medicamentos vitales para el VIH. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen comprobante de residencia del estado y estado del VIH, ingresos bajos según lo definido por el estado y 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*, <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAadap.aspx>. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al centro de atención del ADAP al (844) 421-7050.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de *Stanford Health Care Advantage Gold*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Comuníquese con nuestro Servicio para los miembros al 1-855-996-8422 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Recibimos llamadas telefónicas de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días feriados) desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2019* (describe en detalles los beneficios y los costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2019. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2019 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. Se ofrece una copia de la *Evidencia de cobertura* por separado.

Visite nuestra página web

También puede visitar nuestro sitio web en www.StanfordHealthCareAdvantage.org. Como recordatorio, en nuestra página 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 7.2 – 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 del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite la página 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 la página 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 2019 (Medicare y usted 2019)

Puede leer el manual *Medicare & You 2019* (Medicare y usted 2019). Cada año, en otoño, se envía este folleto por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted 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 del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.