



Simply Comfort (HMO SNP)  
Ofrecido por Simply Healthcare Plans

## Aviso Anual de Cambios para 2018



El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. Este folleto informa sobre esos cambios.

1-877-577-0115, TTY 711



**simplycomfort** (HMO SNP)



## **It's important we treat you fairly**

That's why we follow Federal civil rights laws in our health programs and activities. We don't discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability. For people with disabilities, we offer free aids and services. For people whose primary language isn't English, we offer free language assistance services through interpreters and other written languages. Interested in these services? Call Member Services for help (TTY: 711).

If you think we failed to offer these services or discriminated based on race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint, also known as a grievance. You can file a complaint with our Grievance and Appeals Department in writing, 9250 W. Flagler Street, Suite 600; Miami, FL 33174-3460. Or you can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201 or by calling 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697) or online at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## **Get help in your language**

Separate from our language assistance program, we make documents available in alternate formats. If you need a copy of this document in an alternate format, please call Member Services.

**English:** You have the right to get this information and help in your language for free. Call Member Services for help.

**Spanish:** Tiene el derecho de obtener esta información y ayuda en su idioma de forma gratuita. Llame al número de Servicios al Afiliado para obtener ayuda.

**Amharic:**

ይህንን መረጃ የማግኘትና በቋንቋዎ እርዳታ የማግኘት መብት አለዎት። እርዳታ ለማግኘት የደንበኞች አገልግሎት ይደውሉ።

**Arabic:**

يحق لك الحصول على هذه المعلومات والمساعدة بلغتك مجاناً. اتصل بخدمة العملاء للمساعدة.

**Chinese:** 您有權使用您的語言免費獲得該資訊和協助。請致電客戶服務部尋求協助。

**French:** Vous avez le droit d'accéder gratuitement à ces informations et à une aide dans votre langue. Pour obtenir de l'aide, veuillez appeler le service client.

**German:** Sie haben das Recht, diese Informationen und Unterstützung kostenfrei in Ihrer eigenen Sprache zu erhalten. Bitte rufen Sie den Kundendienst an, um Hilfe anzufordern.

**Gujarati:** તમને તમારી ભાષામાં આ જાણકારી અને મદદ મફત મેળવવાનો હક છે. મદદ માટે ગ્રાહક સેવા નંબર પર કોલ કરો.

**Haitian:** Ou gen dwa resevwa enfòmasyon sa a ak asistans nan lang ou pale a pou gratis. Rele nimewo Sèvis Kliyan an pou jwenn èd.

**Italian:** Ha il diritto di ricevere queste informazioni ed eventuale assistenza nella sua lingua senza alcun costo aggiuntivo. Per assistenza, chiami il Servizio clienti.

**Korean:** 귀하께서는 본 정보와 도움을 비용없이 귀하의 언어로 받으실 권리가 있습니다. 도움을 받으시려면 고객 서비스부로 연락해 주십시오.

**Polish:** Masz prawo do bezpłatnego otrzymania niniejszych informacji oraz uzyskania pomocy w swoim języku. Zadzwoń pod numer Działu Obsługi Klienta w celu uzyskania pomocy.

**Portuguese:** Você tem o direito de receber gratuitamente estas informações e ajuda no seu idioma. Ligue para o Atendimento ao Cliente para obter ajuda.

**Russian:** Вы имеете право получить данную информацию и помощь на вашем языке бесплатно. Для получения помощи звоните в отдел обслуживания клиентов.

**Tagalog:** May karapatan kang makuha ang impormasyon at tulong na ito sa sarili mong wika ng walang kabayaran. Tumawag sa Serbisyo para sa mga Kustomer para matulungan ka.

**Thai:** คุณมีสิทธิรับข้อมูลนี้และรับความช่วยเหลือในภาษาของคุณได้ฟรี  
ติดต่อฝ่ายบริการลูกค้าสำหรับความช่วยเหลือ

**Vietnamese:** Bạn có quyền được biết về thông tin này và được hỗ trợ bằng ngôn ngữ của bạn miễn phí. Hãy liên hệ với Dịch vụ khách hàng để được hỗ trợ.





# Simply Comfort (HMO SNP) Ofrecido por Simply Healthcare Plans Aviso Anual de Cambios para 2018

Actualmente está inscrito como afiliado de Simply Comfort (HMO SNP). El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto informa sobre esos cambios.*

**Usted podrá realizar cambios en su cobertura de Medicare  
para el próximo año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**

## ¿Qué debe hacer ahora?

### 1. PREGUNTE LO SIGUIENTE: ¿Qué cambios se aplican a usted?

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectarán.
  - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que cubrirá sus necesidades el próximo año.
  - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
  - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los costos y los beneficios de nuestro plan.
- Consulte los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados en el folleto para saber si lo afectan.
  - ¿Sus medicamentos estarán cubiertos?
  - ¿Sus medicamentos se encuentran en un nivel diferente, con una distribución de costos diferente?
  - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de abastecer sus recetas?
  - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de utilizar esta farmacia?
  - Revise la Lista de Medicamentos de 2018 y consulte la Sección 1.6 para obtener más información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Consulte si sus médicos y demás proveedores permanecerán en la red el próximo año.
  - ¿Están sus médicos en nuestra red?
  - ¿Qué sucede con los hospitales o los proveedores que utiliza?
  - Consulte la Sección 1.3 para obtener información acerca del *Directorio de Proveedores/Farmacias*.
- Evalúe sus gastos generales de salud.
  - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos recetados que usted utiliza regularmente?
  - ¿Cuánto gastará en su prima y sus deducibles?

- ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

Considere si nuestro plan le satisface.

## 2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

Consulte la cobertura y costos de planes en su área.

- Utilice la herramienta de búsqueda personalizada en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web <https://www.medicare.gov> website. Haga clic en “Find health & drug plans” (Encontrar planes de salud y de medicamentos).
- Consulte la lista en el dorso de su Manual Medicare y Usted.
- Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.

Una vez que marque su opción de plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

## 3. ELIJA: Decida si quiere cambiar su plan

- Si desea **mantener** Simply Comfort (HMO SNP), y no tiene que hacer nada. Permanecerá en Simply Comfort (HMO SNP).
- Para cambiar a **otro plan** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiarse de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

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

- Si no se une antes del 7 de diciembre de 2017, permanecerá en el Simply Comfort (HMO SNP).
- Si se une antes del 7 de diciembre de 2017, su nueva cobertura empezará el 1º de enero de 2018.

### Recursos adicionales:

- **ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-577-0115 (TTY: 711).
- Comuníquese con el número de nuestro Servicios para Afiliados al 1-877-577-0115 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). A partir del 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, estamos abiertos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. EST, y del 15 de febrero al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. EST.
- Este documento está disponible en texto en Braille, letra grande y en cintas de audio. Para solicitar este documento en formato alternativo, comuníquese con el Servicios para Afiliados al número de teléfono que figura en el dorso de este folleto.
- **La cobertura bajo este plan califica como cobertura esencial mínima (MEC)** y satisface el requisito de responsabilidad individual compartida 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 Simply Comfort (HMO SNP):

- Simply Healthcare Plans, Inc. es un plan de atención coordinada contratado por Medicare que tiene contrato de Medicaid con la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud del Estado de Florida con el objetivo de brindar beneficios o de coordinar beneficios para sus inscritos. La inscripción en Simply Healthcare Plans, Inc. depende de la renovación del contrato.
- En este folleto, "nosotros", "nos" o "nuestro" significa Simply Healthcare. Cuando se dice "plan" o "nuestro plan", significa Simply Comfort (HMO SNP).



# Resumen de los costos importantes para 2018

Si tiene alguna pregunta, llame al 1-877-577-0115.

Aviso Anual de Cambios de Simply Comfort (HMO SNP) para 2018

Página i

## ► Resumen de los costos importantes para 2018

En la siguiente tabla se comparan los costos de 2017 y 2018 para Simply Comfort (HMO SNP) en varias 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* incluida, para ver si lo afecta algún otro cambio en los beneficios o en los costos.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> *Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$29.10 prima mensual del plan	\$29.10 prima mensual del plan
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b> Este es el monto <b>máximo</b> que pagará en gastos de bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	\$3,400	\$3,400
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	Visitas de atención primaria: Dentro de la red \$0.00 por visita  Consultas con un especialista: Dentro de la red \$0.00 por visita	Visitas de atención primaria: Dentro de la red \$0.00 por visita  Consultas con un especialista: Dentro de la red \$0.00 por visita
<b>Hospitalización</b> Incluye enfermos agudos, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otro tipo de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria del paciente internado comienza el día en que es admitido formalmente en el hospital con orden médica. El día anterior al	Dentro de la red \$0.00 por estadía	Dentro de la red \$0.00 por estadía

# Resumen de los costos importantes para 2018

Si tiene alguna pregunta, llame al 1-877-577-0115.

Aviso Anual de Cambios de Simply Comfort (HMO SNP) para 2018

Página ii

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
día del alta se considera su último día como paciente internado.		
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.6 para obtener más información.)</p>	<p>Deducible: N/A</p> <p>Copagos durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Nivel 1: Genéricos Preferidos:</b> \$5.00<sup>1</sup> (Suministro de 30 días en farmacias minoristas de la red)</li> <li>▪ <b>Nivel 2: Genéricos:</b> \$10.00<sup>1</sup> (Suministro de 30 días en farmacias minoristas de la red)</li> <li>▪ <b>Nivel 3: De Marca Preferidos:</b> \$15.00<sup>1</sup> (Suministro de 30 días en farmacias minoristas de la red)</li> <li>▪ <b>Nivel 4: De Marca no Preferidos:</b> \$35.00<sup>1</sup> (Suministro de 30 días en farmacias minoristas de la red)</li> <li>▪ <b>Nivel 5: Medicamentos Especiales:</b> 33 %<sup>1</sup> (Suministro de 30 días en farmacias minoristas de la red)</li> </ul>	<p>Deducible: N/A</p> <p>Copagos durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Nivel 1: Genéricos Preferidos:</b> \$5.00<sup>1</sup> (Suministro de 30 días en farmacias minoristas de la red)</li> <li>▪ <b>Nivel 2: Genéricos:</b> \$10.00<sup>1</sup> (Suministro de 30 días en farmacias minoristas de la red)</li> <li>▪ <b>Nivel 3: De Marca Preferidos:</b> \$15.00<sup>1</sup> (Suministro de 30 días en farmacias minoristas de la red)</li> <li>▪ <b>Nivel 4: De Marca no Preferidos:</b> \$35.00<sup>1</sup> (Suministro de 30 días en farmacias minoristas de la red)</li> <li>▪ <b>Nivel 5: Medicamentos Especiales:</b> 33 %<sup>1</sup> (Suministro de 30 días en farmacias minoristas de la red)</li> </ul>

<sup>1</sup> El monto a pagar dependerá de si usted califica para el subsidio por bajos ingresos (LIS), también conocido como programa de "Ayuda Extra" (Extra Help) de Medicare. Para obtener más información sobre el programa de "Ayuda Extra", consulte el Capítulo 2, Sección 7, de su *Evidencia de Cobertura*.

# Aviso Anual de Cambios para 2018

## Índice

<b>Resumen de los costos importantes para 2018 .....</b>	<b>i</b>
<b>Sección 1. Cambios en los costos y beneficios para el próximo año .....</b>	<b>1</b>
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual .....	1
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo de sus gastos de bolsillo .....	1
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores .....	2
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias .....	2
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....	2
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....	3
<b>Sección 2. Cambios administrativos .....</b>	<b>6</b>
<b>Sección 3. Decisión del plan a elegir .....</b>	<b>6</b>
Sección 3.1 Si desea permanecer en Simply Comfort (HMO SNP) .....	6
Sección 3.2 Si desea cambiar de plan .....	6
<b>Sección 4. Plazo para cambiar de plan .....</b>	<b>7</b>
<b>Sección 5. Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare...</b>	<b>7</b>
<b>Sección 6. Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados .....</b>	<b>8</b>
<b>Sección 7. ¿Tiene preguntas? .....</b>	<b>8</b>
Sección 7.1 Obtener ayuda de Simply Comfort (HMO SNP) .....	8
Sección 7.2 Cómo recibir ayuda de Medicare .....	9

## Sección 1. Cambios en los costos y beneficios para el próximo año

### Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

<b>Costo</b>	<b>2017 (este año)</b>	<b>2018 (próximo año)</b>
<b>Prima mensual</b> (Usted debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).	\$29.10 prima mensual del plan	\$29.10 prima mensual del plan

- Su prima mensual de Medicare será más alta si está obligado a pagar una multa vitalicia por inscripción tardía en la Parte D por permanecer sin otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso mayor, es posible que deba pagar directamente al gobierno un monto adicional mensual por su cobertura para medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será menor si recibe "Ayuda Extra" (Extra Help) para afrontar los costos de los medicamentos recetados.

### Sección 1.2 Cambios en el monto máximo de sus gastos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten lo que usted debe pagar en "gastos de bolsillo" durante el año. Este límite se denomina "monto máximo de gastos de bolsillo". Una vez que haya alcanzado este monto, por lo general no deberá pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año.

<b>Costo</b>	<b>2017 (este año)</b>	<b>2018 (próximo año)</b>
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b> Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) se aplican al cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. La prima de su plan y los costos por los medicamentos recetados no se aplican al cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo.	\$3,400	\$3,400 Una vez que haya pagado \$3,400 de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará por los servicios de la Parte A y de la Parte B cubiertos por el resto del año calendario.

## Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

El próximo año se realizarán cambios en nuestra red de proveedores. Puede consultar el *Directorio de Proveedores/Farmacias* actualizado en nuestro sitio web [www.mysimplymedicare.com](http://www.mysimplymedicare.com). También puede llamar al Servicios al Miembro para obtener información actualizada sobre los proveedores o solicitarnos que le enviemos un *Directorio de Proveedores/Farmacias*. **Por favor, revise el *Directorio de Proveedores/Farmacias* 2018 para ver si sus proveedores (proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay distintas razones por las cuales su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista lo deja, usted tiene ciertos derechos y protecciones, que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le brindemos un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para avisarle con 30 días de anticipación que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir a un nuevo proveedor calificado que siga atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si se encuentra bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y nosotros trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Si cree que no le hemos ofrecido un proveedor calificado para reemplazar a su anterior proveedor o que su atención no es administrada correctamente, tiene el derecho de apelar nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista está abandonando el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.

## Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, las recetas se cubren *únicamente* si se abastecen en una de las farmacias de nuestra red.

El próximo año se realizarán cambios en nuestra red de farmacias.

Puede consultar el *Directorio de Proveedores/Farmacias* actualizado en nuestro sitio web [www.mysimplymedicare.com](http://www.mysimplymedicare.com). También puede llamar al Servicios para Afiliados para obtener información actualizada sobre los proveedores o solicitarnos que le enviemos un *Directorio de Proveedores/Farmacias* por correo postal. **Consulte el *Directorio de Proveedores/Farmacias* 2018 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

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

El próximo año cambiaremos nuestra cobertura de determinados servicios médicos. A continuación se describen estos cambios. Para obtener más detalles acerca de la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*, de su *Evidencia de Cobertura 2018*.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Entrenamiento de autoadministración para la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</b>	Usted abona un copago de \$0 para las tiras reactivas para medir los niveles de glucosa.	Este plan no cubre las tiras reactivas para medir los niveles de glucosa.
<b>Cobertura complementaria de artículos de venta libre (OTC, Over The Counter)</b>	Usted abona un copago de \$0 por artículos cubiertos de venta libre. Usted es elegible para recibir una asignación de beneficio mensual máxima de \$41.	Usted abona un copago de \$0 por artículos cubiertos de venta libre. Usted es elegible para recibir una asignación de beneficio mensual máxima de \$44.
<b>Atención de la visión - Complementario</b>	Usted abona un copago de \$0 por servicios cubiertos de atención de la vista de rutina complementarios. Monto de \$275 de cobertura de beneficio máximo por año calendario para lentes de contacto y/o gafas (lentes y marcos).	Usted abona un copago de \$0 por servicios cubiertos de atención de la vista de rutina complementarios. Monto de \$300 de cobertura de beneficio máximo por año calendario para lentes de contacto y/o gafas (lentes y marcos).

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

### Cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina *Formulario* o "*Lista de Medicamentos*". En este sobre se incluye una copia de nuestra *Lista de Medicamentos*.

Hemos realizado cambios en nuestra *Lista de Medicamentos*, incluyendo cambios en los medicamentos cubiertos y las restricciones que aplican en la cobertura de ciertos medicamentos. **Consulte la *Lista de Medicamentos* para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para ver si habrá restricciones.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede:

- **Ponerse de acuerdo con su médico (u otro emisor de la receta) y solicitar que el plan haga una excepción para cubrir el medicamento. Alentamos a los afiliados actuales** a solicitar 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 un reclamo [decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos]*?) o llame a Servicios para Afiliados.
- **Ponerse de acuerdo con su médico (u otro emisor de receta) para encontrar un medicamento distinto que esté cubierto por el plan.** Puede llamar a Servicios para Afiliados para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir por **única** vez el suministro temporal de un medicamento que no figura en el formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía

para evitar una etapa sin cobertura en la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*.) Mientras obtenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué debe hacer cuando se termine el suministro temporal. Puede cambiar el medicamento por uno que cubra nuestro plan o solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento que toma.

Se otorga una excepción al formulario durante un periodo de 12 meses. Si obtiene esta excepción al formulario, usted y su médico recibirán una carta con la fecha de finalización de la excepción. Si desea extender la excepción, debe presentar una nueva solicitud. Alentamos a los afiliados actuales a solicitar una excepción antes del próximo año.

### Cambios en los costos de los medicamentos recetados

*Nota:* Si está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda Extra"), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no corresponda.** Le enviamos un encarte adicional por correo, denominado "*Modificación de la Evidencia de Cobertura para personas que obtienen "Ayuda Extra" (Extra Help) para pagar los medicamentos recetados*" (también conocido como "*Modificación del subsidio por bajos ingresos*" o "*LIS Rider*"), que le explica la cobertura de los medicamentos. Si usted recibe "Ayuda Extra" y no ha recibido este folleto antes del 30 de septiembre de 2017, llame al Servicios para Afiliados y solicite el "*LIS Rider*." Los números telefónicos del Servicios para Afiliados están en la Sección 7.1 de este folleto.

Hay cuatro "etapas de pago de un medicamento". Cuánto paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. (Puede obtener más información sobre estas etapas en el Capítulo 6, Sección 2, de su *Evidencia de Cobertura*).

La información a continuación muestra los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas - la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los afiliados no alcanzan las otras dos etapas - la etapa sin cobertura o la etapa de cobertura en caso de catástrofe. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Sección 6 y Sección 7, en la *Evidencia de Cobertura* adjunta).

### Cambios en la etapa de deducible

<b>Etapa</b>	<b>2017 (este año)</b>	<b>2018 (próximo año)</b>
<b>Etapa 1: Etapa de deducible annual</b>	Debido a que no existe un deducible para el plan, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no existe un deducible para el plan, esta etapa de pago no se aplica a usted.

### Cambios en su distribución de costos en la etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de Cobertura*.

<b>Etapa</b>	<b>2017 (este año)</b>	<b>2018 (próximo año)</b>
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos en esta fila equivalen a un suministro por un mes (30 días) cuando su receta sea abastecida en una farmacia de la red que brinde una distribución de costos estándar. Para obtener más información sobre los costos de un suministro a largo plazo o para recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos medicamentos de nuestra <i>Lista de Medicamentos</i>. Para consultar si alguno de sus medicamentos cambiará a otro nivel, búsquelo en la <i>Lista de Medicamentos</i>.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes abastecido en una farmacia de la red con distribución de costos estándar:</p> <p><b>Nivel 1: Genéricos Preferidos</b> Usted paga \$5.00 por receta.</p> <p><b>Nivel 2: Genéricos</b> Usted paga \$10.00 por receta.</p> <p><b>Nivel 3: De Marca Preferidos</b> Usted paga \$15.00 por receta.</p> <p><b>Nivel 4: De Marca no Preferidos</b> Usted paga \$35.00 por receta.</p> <p><b>Nivel 5: Medicamentos Especiales</b> Usted paga 33 % del costo total.</p> <p>Una vez que haya alcanzado el costo total de medicamentos \$3,700, pasará a la próxima etapa (la Etapa Sin Cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes abastecido en una farmacia de la red con distribución de costos estándar:</p> <p><b>Nivel 1: Genéricos Preferidos</b> Usted paga \$5.00 por receta.</p> <p><b>Nivel 2: Genéricos</b> Usted paga \$10.00 por receta.</p> <p><b>Nivel 3: De Marca Preferidos</b> Usted paga \$15.00 por receta.</p> <p><b>Nivel 4: De Marca no Preferidos</b> Usted paga \$35.00 por receta.</p> <p><b>Nivel 5: Medicamentos Especiales</b> Usted paga 33 % del costo total.</p> <p>Una vez que haya alcanzado el costo total de medicamentos \$3,750, pasará a la próxima etapa (la Etapa Sin Cobertura).</p>

### **Cambios en la etapa sin cobertura y en la etapa de cobertura en caso de catástrofe**

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos - la etapa sin cobertura y la etapa de cobertura en caso de catástrofe - están destinadas a personas con costos elevados de medicamentos. **La mayoría de los afiliados no alcanzan la etapa sin cobertura o la etapa de cobertura en caso de catástrofe.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Sección 6 y Sección 7, de su *Evidencia de Cobertura*.



## Sección 2. Cambios administrativos

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>La solicitud de reembolso del afiliado</b>	Las solicitudes de reembolso de los afiliados por servicios médicos deben presentarse no más de dos meses a partir de la fecha de servicio.	Las solicitudes de reembolso de los afiliados para servicios médicos deben ser presentadas no más de seis meses a partir de la fecha de servicio.
<b>Multa de inscripción tardía de la Parte D o facturación de la prima del plan</b>	Si no seleccionó la opción de pago automático, recibirá una factura mensual.	Si no seleccionó la opción de pago automático, recibirá una factura anual.

## Sección 3. Decisión del plan a elegir

### Sección 3.1 Si desea permanecer en Simply Comfort (HMO SNP)

**Para permanecer en nuestro plan, no tiene que hacer nada.** Si no se inscribe en un plan diferente o no se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente permanecerá inscrito en nuestro plan de 2018.

### Sección 3.2 Si desea cambiar de plan

Esperamos que permanezca como afiliado el próximo año, pero si desea cambiarse de plan para el año 2018, siga estos pasos:

#### Paso 1: Infórmese sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- -- o bien -- puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe a un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2018*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Médicos (State Health Insurance Assistance Program) (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información acerca de los planes disponibles en su área a través del Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. Ingrese en <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans.” **Allí podrá encontrar información sobre costos, cobertura y las calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

A modo de recordatorio, Simply Healthcare Plans, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Es posible que estos otros planes tengan coberturas, primas mensuales y montos de distribución de costos diferentes.

### **Paso 2: Cambie su cobertura**

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se anulará automáticamente su inscripción en Simply Comfort (HMO SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se anulará automáticamente su inscripción en Simply Comfort (HMO SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe:
  - Enviarnos por escrito una solicitud para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Servicios de Afiliado si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono figuran en la Sección 7.1 este folleto).
  - *-- o bien --* comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se anule su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## **Sección 4. Plazo para cambiar de plan**

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el año siguiente, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. Estos cambios entrarán en vigor el 1.º de enero de 2018.

### **¿Existen otros periodos en el año para realizar cambios?**

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otros periodos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, las que obtienen “Ayuda Extra” (Extra Help) para pagar sus medicamentos, las que abandonan o están abandonando la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicios, pueden realizar cambios en otros periodos del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3, de la Evidencia de Cobertura.

Puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin una cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare) cuando lo desee.

## **Sección 5. Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare**

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se llama Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

SHINE es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguro ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** de seguro médico local a personas con Medicare.

Los asesores de SHINE pueden ayudarlo si tiene preguntas o problemas relacionados con Medicare. Le pueden ayudar a entender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de planes.

Puede llamar a SHINE al 1-800-963-5337. Usted puede obtener más información sobre el SHINE en su estado visitando su sitio web <http://www.floridashine.org>.

## Sección 6. Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted puede reunir los requisitos para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados.

- **"Ayuda Extra" (Extra Help) de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir las condiciones para recibir "Ayuda Extra" para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de sus costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales para medicamentos recetados, los deducibles anuales y coseguros. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una etapa sin cobertura ni multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame al:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
  - a la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  - a la oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia para la distribución de costos en recetas 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 con VIH/SIDA que reúnen los requisitos para ADAP tengan acceso a los medicamentos contra el SIDA que pueden salvar sus vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluidos la evidencia de residencia de estado, la condición de enfermo de SIDA, bajos ingresos según lo defina el estado, y el estado de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de Medicare de la Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de la distribución de costos en recetas a través de Florida AIDS Drug Assistance Program. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a 1-800-352-2437 (1-800-FLA-AIDS) English / 1-800-545-7432 (1-800-545-SIDA) Español / TTY: 1-888-503-7118.

## Sección 7. ¿Tiene preguntas?

### Sección 7.1 Obtener ayuda de Simply Comfort (HMO SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para Afiliados al 1-877-577-0115. (Los usuarios de TTY únicamente deben llamar al 711). A partir del 1.º de octubre hasta el 14 de febrero, estamos abiertos los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. EST. Del 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. EST. Las llamadas a estos números son gratuitas.

**Lea su *Evidencia de Cobertura* 2018 (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 sus beneficios y costos para 2018. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura* 2018 para Simply Comfort (HMO SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. En ella se explican sus derechos y las normas que debe respetar para obtener los servicios y los medicamentos recetados cubiertos. Este sobre incluye una copia de la *Evidencia de Cobertura*.

**Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [www.mysimplymedicare.com](http://www.mysimplymedicare.com). Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores/Farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (*Formulario/Lista de Medicamentos*).

**Sección 7.2 Cómo recibir ayuda de Medicare**

Para obtener información de Medicare en forma directa:

**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 siete 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 costos, cobertura y calificaciones de calidad, que lo ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información acerca de los planes disponibles en su área a través del Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Encontrar planes de salud y de medicamentos]).

**Lea *Medicare y Usted* 2018**

Puede leer el manual *Medicare y Usted* 2018. Todos los años en otoño, se envía este folleto a las personas que tienen Medicare. Este contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede conseguirla en la página web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o solicitarla 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.







Simply Healthcare Plans, Inc. es un plan de atención coordinada contratado por Medicare que tiene contrato de Medicaid con la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud del Estado de Florida con el objetivo de brindar beneficios o de coordinar beneficios para sus inscritos. La inscripción en Simply Healthcare Plans, Inc. depende de la renovación del contrato.