



Simply Complete (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



**simplycomplete** (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 Complete (HMO SNP) Ofrecido por Simply Healthcare Plans Aviso Anual de Cambios para 2018

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

## ¿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 la Sección 1.1 y 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los costos y los beneficios de nuestro plan.
- Consulte en el folleto los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados 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 su receta?
  - ¿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 nuestra 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 de nuestro *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 resulta la comparación de 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 los 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 elija 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 Complete (HMO SNP), no tiene que hacer nada. Permanecerá en Simply Complete (HMO SNP).
- Si desea **cambiarse a un plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiarse a otro plan en cualquier momento. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Consulte la Sección 3.2, página 7 para saber más sobre sus opciones.

### 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 otros formatos como Braille, textos con letra grande u otros formatos. Si desea obtener más información, llame a Servicios para Afiliados al 1-877-577-0115.
- **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 Complete (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 Complete (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 Complete (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 Complete (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 el *Resumen de Beneficios* adjunto para ver si le 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 detalles.	Prima mensual del plan de \$0	Prima mensual del plan de \$0
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Consultas con un especialista: \$0 por visita	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Consultas con un especialista: \$0 por visita
<b>Internaciones hospitalarias</b> Incluye enfermos agudos, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención prolongada 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 del alta se considera su último día como paciente internado.	Copago de \$0	Copago de \$0

# Resumen de los costos importantes para 2018

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

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

Página ii

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D*</b> (Consulte la Sección 1.6 para conocer los detalles).	Deducible: Puesto que usted recibe "Ayuda Extra" (Extra Help) para sus medicamentos recetados, esta etapa de pago no se aplica. Consulte la Sección 1.6, <i>Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados</i> .	Deducible: Puesto que usted recibe "Ayuda Extra" (Extra Help) para sus medicamentos recetados, esta etapa de pago no se aplica. Consulte la Sección 1.6, <i>Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados</i> .
	Copagos durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Nivel de medicamentos 1: Copago de medicamentos genéricos preferidos de \$0</b> (suministro de 30 días en farmacias minoristas de la red)*</li> </ul>	Copagos durante la Etapa de cobertura inicial: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Nivel de medicamentos 1: Copago de medicamentos genéricos preferidos de \$0</b> (suministro de 30 días en farmacias minoristas de la red)*</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Nivel de medicamentos 2: Copago de medicamentos genéricos de \$0</b> (suministro de 30 días en farmacias minoristas de la red)*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Nivel de medicamentos 2: Copago de medicamentos genéricos de \$0</b> (suministro de 30 días en farmacias minoristas de la red)*</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Nivel de medicamentos 3: Copago de marcas preferidas de \$0-\$8.25**</b> (suministro de 30 días en farmacias minoristas de la red)*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Nivel de medicamentos 3: Copago de marcas preferidas de \$0-\$8.35**</b> (suministro de 30 días en farmacias minoristas de la red)*</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Nivel de medicamentos 4: Copago de marcas no-preferidas de \$0-\$8.25**</b>(suministro de 30 días en farmacias minoristas de la red)*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Nivel de medicamentos 4: Copago de marcas no-preferidas de \$0-\$8.35**</b> (suministro de 30 días en farmacias minoristas de la red)*</li> </ul>

# Resumen de los costos importantes para 2018

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

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

Página iii

<b>Costo</b>	<b>2017 (este año)</b>	<b>2018 (próximo año)</b>
	■ <b>Nivel de medicamentos 5: Copago de nivel de especialidad de \$0-\$8.25**</b> (suministro de 30 días en farmacias minoristas de la red)*	■ <b>Nivel de medicamentos 5: Copago de nivel de especialidad de \$0-\$8.35**</b> (suministro de 30 días en farmacias minoristas de la red)*
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b>  Este es el monto máximo 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 conocer los detalles).	Su cobertura según Florida Medicaid brinda cobertura para la distribución de costos de Medicare aplicada a los servicios cubiertos.	Su cobertura según Florida Medicaid brinda cobertura para la distribución de costos de Medicare aplicada a los servicios cubiertos.

*\*Sus costos pueden ser iguales si utiliza una farmacia que ofrezca una distribución de costos estándar o una farmacia que ofrezca una distribución de costos preferidos.*

*\*\*El monto que paga se determina por la receta de la Parte D cubierta y su cobertura de subsidio por bajos ingresos. Consulte su LIS Rider para conocer el monto específico que paga.*

# 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 .....	1
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>7</b>
Sección 3.1 Si desea permanecer en Simply Complete (HMO SNP) .....	7
Sección 3.2 Si desea cambiar de plan .....	7
<b>Sección 4. Plazo para cambiar de plan .....</b>	<b>8</b>
<b>Sección 5. Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid .....</b>	<b>8</b>
<b>Sección 6. Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados .....</b>	<b>8</b>
<b>Sección 7. ¿Tiene preguntas? .....</b>	<b>9</b>
Sección 7.1 Obtener ayuda de Simply Complete (HMO SNP) .....	9
Sección 7.2 Cómo recibir ayuda de Medicare .....	9
Sección 7.3 Cómo recibir ayuda de Medicaid .....	10

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

### Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted).	Prima mensual del plan de \$0	Prima mensual del plan de \$0

### 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 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.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b> <b>Puesto que nuestros afiliados también obtienen ayuda de Medicaid, muy pocos afiliados alcanzan alguna vez este máximo de bolsillo.</b> Sus costos para servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Sus costos para medicamentos recetados no cuentan para su cantidad total de gastos de bolsillo.	Su cobertura según Florida Medicaid brinda cobertura para la distribución de costos de Medicare aplicada a los servicios cubiertos.	Su cobertura según Florida Medicaid brinda cobertura para la distribución de costos de Medicare aplicada a los servicios cubiertos. Una vez que haya pagado \$3,400 de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos, no pagará ningún monto por estos servicios durante 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 a los

Servicios para Afiliados para obtener información actualizada sobre los proveedores o solicitarnos que le enviemos un *Directorio de Proveedores/Farmacias* por correo postal. **Revise el 2018 *Directorio de Proveedores/Farmacias* 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 diversas razones por las que su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, tiene determinados 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.
- Trataremos en buena fe de enviarle una notificación con al menos 30 días de antelación comunicándole que su proveedor dejará nuestro plan para que disponga de tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe con la gestión de sus necesidades de atención médica.
- Si está bajo tratamiento médico tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que eso sea así.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar al anterior o que la atención que recibe no es la apropiada, usted tiene derecho a 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 a los 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

Tenga en cuenta que el *Aviso Anual de Cambios* solo le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

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 (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 realiza un copago de \$0 por Tiras reactivas de pruebas de orina para medir el nivel de glucosa.	Este plan no cubre las Tiras reactivas de pruebas de orina para medir el nivel de glucosa.
<b>Cobertura complementaria de artículos de venta libre (OTC)</b>	Usted realiza un copago de \$0 por artículos cubiertos y de venta libre. Usted reúne los requisitos para una asignación de beneficio mensual de máximo \$40.	Usted realiza un copago de \$0 por artículos cubiertos y de venta libre. Usted reúne los requisitos para una asignación de beneficio mensual de máximo \$46.
<b>Transporte</b>	Usted realiza un copago de \$0 por el transporte complementario y de rutina que está cubierto. Usted tiene cobertura para 24 viajes de ida por año para acceder a la atención médica.	Usted realiza un copago de \$0 por el transporte complementario y de rutina que está cubierto. Usted tiene cobertura para viajes ilimitados por año para acceder a la atención médica.
<b>Atención de la visión - complementaria</b>	Usted realiza un copago de \$0 por los servicios para la visión complementarios y de rutina que están cubiertos. \$275 como monto máximo de la cobertura de beneficios por año calendario para lentes de contacto y/o anteojos (lentes y marcos).	Usted realiza un copago de \$0 por los servicios para la visión complementarios y de rutina que están cubiertos. \$300 como monto máximo de la cobertura de beneficios por año calendario para lentes de contacto y/o anteojos (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*”. Encontrará una copia de nuestra *Lista de Medicamentos* en este sobre.

Hemos hecho cambios a esta Lista de Medicamentos, que incluyen cambios de los medicamentos que cubrimos y cambios de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados 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 recetas) 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.
- **Trabaje en colaboración con su médico (o emisor de recetas) 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 un **único** suministro temporal de un medicamento que no se encuentre en la lista durante los primeros 90 días de la membresía para evitar quedarse sin 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 le corresponda.** Le enviamos un folleto adicional denominado "*Modificación de la Evidencia de Cobertura para personas que obtienen Ayuda Extra para pagar los medicamentos recetados*" (denominado también la "*Modificación del subsidio por bajos ingresos*" o "*LIS Rider*"), que le explica la cobertura de los medicamentos. Si recibe "Ayuda Extra" (Extra Help) y no recibe este folleto antes del 30 de septiembre de 2017, llame a Servicios para Afiliados y solicite el "*LIS Rider*". Los números de teléfono de los Servicios para Afiliados figuran en la Sección 7.1 de este folleto.

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

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 su *Resumen de Beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de Cobertura*). Su folleto de *Evidencia de Cobertura*, que proporciona detalles sobre su cobertura médica y de medicamentos recetados, se le enviará por correo antes del 31 de diciembre de 2017.



**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 anual</b>	Puesto que usted recibe "Ayuda Extra" para sus medicamentos recetados, esta etapa de pago no se aplica a usted. Consulte la Sección 6, Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.	Puesto que usted recibe "Ayuda Extra" para sus medicamentos recetados, esta etapa de pago no se aplica a usted. Consulte la Sección 6, Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.

**Cambios en su distribución de costos en la Etapa de cobertura inicial**

Para conocer cómo funcionan los copagos y coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente pague 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 son para el suministro de un mes (30 días) cuando abastezca su receta en una farmacia de la red que brinde 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 en 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: Medicamentos Genéricos Preferidos</b> Usted paga \$0.00 por receta.</p> <p><b>Nivel 2: Genérico</b> Usted paga \$0.00 por receta.</p> <p><b>Nivel 3: De Marca Preferidos</b> Usted paga de \$0 a \$8.25 por receta. El monto que paga se determina por la receta de la Parte D cubierta y su cobertura de subsidio por bajos ingresos. Consulte su <i>LIS Rider</i> para conocer el monto específico que paga.</p> <p><b>Nivel 4: De Marca no Preferidos</b> Usted paga de \$0 a \$8.25 por receta. El monto que paga se determina por la receta de la Parte D cubierta y su cobertura de</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: Medicamentos Genéricos Preferidos</b> Usted paga \$0.00 por receta.</p> <p><b>Nivel 2: Genérico</b> Usted paga \$0.00 por receta.</p> <p><b>Nivel 3: De Marca Preferidos</b> Usted paga de \$0 a \$8.35 por receta. El monto que paga se determina por la receta de la Parte D cubierta y su cobertura de subsidio por bajos ingresos. Consulte su <i>LIS Rider</i> para conocer el monto específico que paga.</p> <p><b>Nivel 4: De Marca no Preferidos</b> Usted paga de \$0 a \$8.35 por receta. El monto que paga se determina por la receta de la Parte D cubierta y su cobertura de subsidio por bajos</p>

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
	<p>subsidio por bajos ingresos. Consulte su <i>LIS Rider</i> para conocer el monto específico que paga.</p> <p><b>Nivel 5: Medicamentos Especiales</b></p> <p>Usted paga de \$0 a \$8.25 por receta. El monto que paga se determina por la receta de la Parte D cubierta y su cobertura de subsidio por bajos ingresos. Consulte su <i>LIS Rider</i> para conocer el monto específico que paga.</p> <p>Una vez que haya alcanzado el costo total de medicamentos de \$3,700, pasará a la próxima etapa (la Etapa sin cobertura).</p>	<p>ingresos. Consulte su <i>LIS Rider</i> para conocer el monto específico que paga.</p> <p><b>Nivel 5: Medicamentos Especiales</b></p> <p>Usted paga de \$0 a \$8.35 por receta. El monto que paga se determina por la receta de la Parte D cubierta y su cobertura de subsidio por bajos ingresos. Consulte su <i>LIS Rider</i> para conocer el monto específico que paga.</p> <p>Una vez que haya alcanzado el costo total de medicamentos de \$3,750, pasará a la próxima etapa (la Etapa sin cobertura).</p>

*\*Sus costos pueden ser iguales si utiliza una farmacia que ofrezca una distribución de costos estándar o una farmacia que ofrezca una distribución de costos preferidos.*

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

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 afiliados no alcanzan ninguna de estas etapas.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte su *Resumen de Beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cobertura*.

## **Sección 2. Cambios administrativos**

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<b>Reclamaciones de reembolso por parte del afiliado</b>	Las reclamaciones de reembolso por parte del afiliado para servicios médicos se deben enviar dentro de dos meses desde la fecha de servicio.	Las reclamaciones de reembolso por parte del afiliado para servicios médicos se deben enviar dentro de seis meses desde la fecha de servicio.

## Sección 3. Decisión del plan a elegir

### Sección 3.1 Si desea permanecer en Simply Complete (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, automáticamente permanecerá inscrito como afiliado en nuestro plan para 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 en cualquier momento,
- -- o bien -- Puede cambiarse a Original Medicare en cualquier momento.

Su nueva cobertura empezará el primer día del mes siguiente. Si se cambia a Original Medicare, tendrá que decidir si se inscribe en 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 Salud (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.” **Aquí podrá encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

#### 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 Complete (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 Complete (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 Servicios para Afiliados si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono figuran en la Sección 7.1 de este folleto).
  - o bien – comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana, y solicite que se anule su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

## Sección 4. Plazo para cambiar de plan

Ya que usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid 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 cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) cuando lo desee.

## Sección 5. Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

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 de su estado se llama Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

El Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguro ni plan de salud). Es una programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** de seguro médico local a personas con Medicare. Los asesores de Serving Health Insurance Needs of Elders (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 Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) al 1-800-963-5337. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770. Usted puede obtener más información sobre el Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) en su estado visitando su sitio web (<http://www.floridashine.org>).

Para realizar preguntas sobre sus beneficios de Florida Medicaid, comuníquese con Florida Agency for Health Care Administration al 1-888-419-3456 desde De 8:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771. Pregunte cómo la inscripción en otro plan o la vuelta a Original Medicare afecta su cobertura de Florida Medicaid.

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

Usted reúne los requisitos para obtener ayuda para pagar sus medicamentos recetados. A continuación se detallan los diferentes tipos de ayuda:

- **"Ayuda Extra" (Extra Help) de Medicare.** Ya que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en Ayuda Extra (Extra Help), también denominado subsidio por bajos ingresos (low-income subsidy). La Ayuda Extra paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguros. Ya que usted califica, no tendrá una Etapa sin cobertura ni multa por inscripción tardía. Ante cualquier duda sobre "Ayuda Extra" (Extra Help), 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 siete días de la semana;

- a la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes de 7 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  - 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 VIH que puedan salvar sus vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluidos la evidencia de residencia de estado, la condición de enfermo de VIH, bajos ingresos según lo defina el estado, y el estado de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia 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 Florida AIDS Drug Assistance Program al 1-800-352-2437 (1-800-FLA-AIDS) inglés / 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 Complete (HMO SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para Afiliados al 1-877-577-0115. (Para TTY solamente, llame al 711). Atendemos las llamadas de 8 a. m. a 8 p. m. EST, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 14 de febrero. Atendemos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m. del 15 de febrero al 30 de septiembre. Las llamadas son gratuitas a estas líneas.

#### **Lea su *Evidencia de Cobertura* para 2018 (contiene detalles sobre los beneficios y costos para el año próximo)**

Este *Aviso Anual de Cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2018. Para más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* de 2018 para Simply Complete (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. Le enviaremos una copia de la *Evidencia de Cobertura* antes del 31 de diciembre de 2017.

#### **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 (el *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 los costos, la cobertura y las 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 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 con 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 llamando 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.

**Sección 7.3 Cómo recibir ayuda de Medicaid**

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a Florida Agency for Health Care Administration al 1-888-419-3456. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771.



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.