

Notificación Anual de Cambios para 2017

Actualmente está inscrito como miembro de *Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP)*. El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto informa sobre esos cambios.*

Recursos Adicionales

- This information is available for free in other languages.
- Please contact our Customer Service number at 1-866-999-3945 for additional information. (TTY users should call 1-800-735-2929). Hours are Monday-Friday, 8 a.m. to 8 p.m. Between October 1 and February 14, representatives are available Monday-Sunday, 8 a.m. to 8 p.m.
- Customer Service also has free language interpreter services available for non-English speakers.
- Esta información se encuentra disponible en otros idiomas gratis.
- Por favor comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al 1-866-999-3945, para información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929). El horario es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de Octubre y el 14 de Febrero, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m.
- Servicio al cliente también tiene servicios disponibles de interpretación a otros idiomas gratis para personas que no hablan inglés.
- 이 정보는 다른 언어로도 무료로 제공됩니다.
- 추가 정보를 원하시면 1-866-999-3945번으로 고객 서비스에
- 연락해 주십시오. (TTY 사용자의 경우 1-800-735-2929번으로 전화하셔야 합니다.) 업무 시간은 월요일-금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지입니다. 10월 1일과 2월 14일 사이에는 월요일-일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능합니다.
- 고객 서비스에서는 영어를 사용하지 않는 사람을 위한 무료 통역 서비스도 제공합니다.

- Thông tin này được cung cấp miễn phí bằng các ngôn ngữ khác.
- Vui lòng liên hệ với Dịch vụ Chăm sóc Khách hàng của chúng tôi qua số 1-866-999-3945 để biết thêm chi tiết. (Người dùng TTY gọi số 1-800-735-2929). Thời gian làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 14 tháng 2, nhân viên chăm sóc khách hàng làm việc từ Thứ Hai-Chủ Nhật, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.
- Dịch vụ Chăm sóc Khách hàng cũng có dịch vụ thông dịch viên ngôn ngữ miễn phí dành cho những người không nói tiếng Anh.
- Este folleto también está disponible en diferentes formatos, incluyendo braille, letra imprenta grande y disco compacto (CD) de audio. Si necesita más información sobre el plan en otro formato, por favor llame a Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Cobertura esencial mínima (MEC): La cobertura de este plan califica como cobertura esencial mínima (MEC) y cumple el requisito de responsabilidad compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS): <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información sobre el requisito individual de MEC.

Acerca de Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP)

- Easy Choice Health Plan (HMO SNP), una compañía de WellCare, es una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medicaid de California. La afiliación en Easy Choice Health Plan (HMO) depende de la renovación del contrato.
-
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Easy Choice Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP).
-

Piense en su Cobertura de Medicare para el Próximo Año

Medicare le permite cambiar su cobertura médica y de medicamentos de Medicare. Es importante consultar su cobertura cada otoño para asegurarse de que satisfará sus necesidades el próximo año.

Cosas importantes para hacer:

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.** ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza? Es importante que revise los cambios en los costos y beneficios para asegurarse de que cumplan con sus necesidades para el año próximo. Consulte las Secciones 1.1, 1.2 y 1.5 para obtener más información acerca de los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan.
- Consulte los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados para saber si le afectan.** ¿Se cubrirán sus medicamentos? ¿Están en otro nivel? ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? Es importante que revise los cambios implementados en nuestra cobertura de medicamentos para asegurarse de que sean adecuados para usted el próximo año. Consulte la Sección 1.6 para obtener información acerca de 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? ¿Y los hospitales y otros proveedores que usted consulta? Consulte las Secciones 1.3 y 1.4 para obtener información sobre nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias.
- Evalúe sus gastos generales de salud.** ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos recetados que utiliza regularmente? ¿Cuánto gastará en su prima? ¿Cómo resulta la comparación de sus costos totales con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.**

Si decide quedarse con el plan *Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP)*:

Si el año próximo desea permanecer con nosotros, es fácil-no necesita hacer nada. Si no realiza ningún cambio, quedará inscrito automáticamente en nuestro plan.

Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura cumplirá mejor con sus necesidades, se puede cambiar en cualquier momento. Si se inscribe en un plan nuevo, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes después de que solicite el cambio. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.

Resumen de los Costos Importantes para 2017

La siguiente tabla compara los costos de 2016 y de 2017 para *Easy Choice Freedom Plan (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* para ver si le afecta algún otro cambio en los beneficios o en los costos.**

Costo	2016 (este año)	2017 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$0.00	\$0.00
*Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.		
Visitas al consultorio del médico	Visitas al médico de cabecera: \$0 por visita Consultas con un especialista: \$0 por visita	Visitas al médico de cabecera: \$0 por visita Consultas con un especialista: \$0 por visita
Internaciones en hospitales Incluye hospitales de cuidado agudo para pacientes internados, de rehabilitación para pacientes internados, de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios de hospital para pacientes internados. El cuidado en hospital para pacientes internados comienza el día que ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. El día antes de que le den de alta es el último día de la internación.	Usted paga \$0 de copago hasta los 90 días por admisión. La distribución de costos se aplica Por admisión.	Usted paga \$0 de copago hasta los 90 días por admisión. La distribución de costos se aplica Por admisión.
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).	Si recibe Ayuda Adicional, usted paga uno de los siguientes montos:	

Costo	2016 (este año)	2017 (próximo año)
	<p>Deducible:</p> <p>\$0 o \$74 en Nivel 2 al 5</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● \$0 de copago o ● \$1.20 de copago o ● \$2.95 de copago o ● el 15% del costo total del medicamento <p>Para todos los demás medicamentos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● \$0 de copago o ● \$3.60 de copago o ● \$7.40 de copago o ● el 15% del costo total del medicamento 	<p>Deducible:</p> <p>\$0 o \$82 en Niveles 2 al 5</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● \$0 de copago o ● \$1.20 de copago o ● \$3.30 de copago o ● el 15% del costo total del medicamento <p>Para todos los demás medicamentos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● \$0 de copago o ● \$3.70 de copago o ● \$8.25 de copago o ● el 15% del costo total del medicamento

Costo	2016 (este año)	2017 (próximo año)
Si no califica para la Ayuda Adicional de parte de Medicare, usted pagará lo siguiente por sus costos de medicamentos recetados:		
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).	Deducible: \$360 en Niveles de 2 a 5 Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: <ul style="list-style-type: none"> ● Nivel de Medicamentos 1: \$0.00 ● Nivel de Medicamentos 2: \$20.00 ● Nivel de Medicamentos 3: \$47.00 ● Nivel de Medicamentos 4: 50% ● Nivel de Medicamentos 5: 25% 	Deducible: \$400 en Niveles de 2 a 5 Copago/coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial: <ul style="list-style-type: none"> ● Nivel de Medicamentos 1: \$0.00 ● Nivel de Medicamentos 2: \$20.00 ● Nivel de Medicamentos 3: \$47.00 ● Nivel de Medicamentos 4: 50% ● Nivel de Medicamentos 5: 25%
Monto máximo de sus gastos de bolsillo Este es el <u>monto máximo</u> 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 detalles).	\$3,400	\$3,400

Aviso Anual de Cambios para 2017

Índice

Piense en su Cobertura de Medicare para el Próximo Año	2
Resumen de los Costos Importantes para 2017	4
SECCIÓN 1 Cambios en los Costos y Beneficios para el Próximo Año	8
Sección 1.1 – Cambios a la Prima Mensual	8
Sección 1.2 – Cambios en el Monto Máximo de sus Gastos de Bolsillo	8
Sección 1.3 – Cambios a la Red de Proveedores	9
Sección 1.4 – Cambios en la Red de Farmacias	10
Sección 1.5 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos	11
Sección 1.6 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D	12
SECCIÓN 2 Decisión del Plan a Elegir	17
Sección 2.1 – Si usted quiere permanecer en <i>Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP)</i>	17
Sección 2.2 – Si decide cambiar de planes	17
SECCIÓN 3 Plazo para Cambiar de Plan	18
SECCIÓN 4 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare	18
SECCIÓN 5 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos Recetados	19
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?	20
Sección 6.1 – Cómo obtener Ayuda de Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP)	20
Sección 6.2 – Cómo obtener Ayuda de Medicare	20
Sección 6.3 – Cómo obtener Ayuda de Medicaid	21

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

Sección 1.1 – Cambios a la Prima Mensual

Costo	2016 (este año)	2017 (próximo año)
Prima mensual (Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0.00	\$0.00

- La prima mensual de su plan será *mayor* si debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía de la Parte D por no contar con otra cobertura de medicamentos que al menos sea tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también se denomina “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si alguna vez pierde su subsidio por bajos ingresos (“Ayuda Adicional”), debe mantener su cobertura de la Parte D o podría quedar sujeto a una multa por inscripción tardía si elige inscribirse en la Parte D en el futuro. Si tiene un ingreso mayor según lo haya sido reportado en su última declaración de impuestos (\$85,000 o más), es posible que deba pagar directamente al gobierno un monto adicional mensual por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

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	2016 (este año)	2017 (próximo año)
Monto máximo de gastos de bolsillo Puesto que nuestros miembros también obtienen ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este máximo de gastos de bolsillo. Sus costos para servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Sus costos por 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 los 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 para el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios a la Red de Proveedores

El próximo año se realizarán cambios en nuestra red de proveedores. Encontrará un Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado en nuestro sitio web www.easychoicehealthplan.com. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o solicitarnos que le enviemos un Directorio de Proveedores y Farmacias por correo postal. **Por favor revise el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2017 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:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le proveamos un acceso sin interrupciones a médicos y especialistas calificados.

- Cuando sea posible, le enviaremos un aviso con al menos 30 días de anticipación de que su proveedor dejará nuestro plan, para que usted tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado, quien continuará manejando sus necesidades de atención de la salud.
- Si usted está recibiendo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo sea sin interrupciones, y nosotros trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Si usted cree que no le hemos provisto un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada adecuadamente, tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si usted se entera de que su médico o especialista dejará su plan, por favor comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor y a administrar 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 completan en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye una farmacia con servicio por correo que cuenta con distribución de costos preferida, que puede ofrecerle una distribución de costos menor que la distribución de costos estándar que ofrecen otras farmacias de la red.

El próximo año se realizarán cambios en nuestra red de farmacias. Encontrará un Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado en nuestro sitio web www.easychoicehealthplan.com. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o solicitarnos que le enviemos un Directorio de Proveedores y Farmacias por correo postal. **Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias 2017 para ver qué farmacias están 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 acerca de los cambios en sus costos y beneficios de Medicare.

Estamos cambiando nuestra cobertura para ciertos servicios médicos a partir del año próximo. A continuación se describen estos cambios. Para obtener más información acerca de la cobertura y los costos por estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios (qué está cubierto)*, de su *Evidencia de Cobertura para 2017*. Este sobre incluye una copia de la *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2016 (este año)	2017 (próximo año)
SERVICIOS ADICIONALES		
Servicios dentales		
Servicio Dental de Rutina (se aplican limitaciones y exclusiones)	El monto máximo de beneficio de \$1,500 cada año aplica a todos los servicios de rutina cubiertos.	El monto máximo de beneficio de \$2,000 cada año aplica a todos los servicios de rutina cubiertos. Por favor consulte su Evidencia de Cobertura para ver los servicios cubiertos.
Servicios de audición		
Servicios de Audición de Rutina	El monto máximo de beneficio por audífono es de \$350 cada año.	El monto máximo de beneficio por audífono es de \$1,000 cada año.
Servicios oftalmológicos		
Servicios de Visión de Rutina (se aplican limitaciones y exclusiones)	El monto máximo de beneficio por anteojos de rutina es de \$300 cada año.	El monto máximo de beneficio por anteojos de rutina es de \$350 cada año. Para obtener más información consulte su Evidencia de Cobertura.

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, encontrará una copia de nuestra Lista de Medicamentos.

Implementamos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que recibirá cobertura para sus medicamentos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción.**

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

- **Ponerse de acuerdo con su médico (u otro profesional que expide recetas) y solicite que el plan haga una excepción** para cubrir el medicamento. **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 un reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos)*) o llame al Servicio de Atención al Cliente.
- **Trabaje en colaboración con su médico (o profesional que expide recetas) para encontrar un medicamento distinto** que esté cubierto por el plan. Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un **único** suministro temporal de un medicamento que no se encuentre en el formulario durante los primeros 90 días de cobertura del año del plan o de cobertura. (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*). Durante el tiempo que esté recibiendo 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.

Entretanto, usted y su médico deberán decidir qué hacer antes de que se termine el suministro temporal de su medicamento.

Es posible que encuentre otro medicamento cubierto por el plan que funcione igual de bien para usted. Puede consultar el formulario en nuestra página web o llamar al Servicio de Atención al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su médico a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

Usted y su médico pueden solicitar al plan que realice una excepción y continúe cubriendo el medicamento. Puede solicitar una excepción por adelantado para el año próximo y le daremos una respuesta a su pregunta antes de que el cambio entre en vigencia. Existen algunos requerimientos que se deben cumplir para poder saber lo que debe hacer al solicitar una excepción; consulte el Capítulo 9 de la Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)). Si recibió una excepción al formulario favorable durante el 2016, puede que no sea necesario obtener una nueva excepción de formulario en el 2017. Al momento de la aprobación, le deberíamos haber indicado en el aviso de aprobación durante cuánto tiempo sería válida la autorización.

Cambios en los Costos de Medicamentos Recetados

Nota: Si está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D le aplique a usted.** Le hemos enviado un folleto adicional denominado “Modificación de la Evidencia de Cobertura para Personas que Obtienen Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos Recetados” (también llamado “Modificación del subsidio por bajos ingresos” o “LIS Rider”), que le explica los costos de los medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no recibe este folleto antes 15 de octubre de 2016 llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite el “LIS Rider”. Los números de teléfono para el Servicio de Atención al Cliente figuran en la Sección 6.1 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 consultar el Capítulo 6, Sección 2 de la *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre estas 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 miembros 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*).

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2016 (este año)	2017 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos en los Niveles del 2 al 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$360 en los Niveles del 2 al 5. Durante esta etapa, usted paga \$0.00 de distribución de costos por los medicamentos en el Nivel 1 y el costo total de los medicamentos en el Nivel 2 al 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$400 en los Niveles del 2 al 5. Durante esta etapa, usted paga \$0.00 de distribución de costos por los medicamentos en el Nivel 1 y el costo total de los medicamentos en los Niveles 2 al 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en su Distribución de Costos en la Etapa de Cobertura Inicial

Para aprender cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos de bolsillo que posiblemente pague por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de Cobertura*.

La mayoría de nuestros miembros reciben “Ayuda Adicional” con sus costos para sus medicamentos de prescripción. Si recibe “Ayuda Adicional”, su monto de copago dependerá del nivel de “Ayuda Adicional” que reciba, podría:

- Pagar un copago de \$0 (medicamentos genéricos y de marca)
- -- Pagar \$1.20 (medicamentos genéricos) o \$3.70 (medicamentos de marca) de copago
- -- o bien -- Pagar un copago de \$3.30 (medicamentos genéricos) o \$8.25 (medicamentos de marca)
- -- o -- Pagar 15% (medicamentos genéricos y de marca) de coseguro
- Si los copagos de la siguiente tabla son menores al copago que recibe a través de su “Ayuda Adicional”, pagará el copago del plan. Por favor tenga en cuenta que el copago del plan puede

ser más bajo en una farmacia de servicio por correo de la red que ofrezca distribución de costos preferida.

Consulte el folleto separado (el “LIS Rider”) para obtener información sobre su monto deducible.

Etapa	2016 (este año)	2017 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Una vez haya pagado el deducible anual, entrará en la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>	<p>Su costo por un suministro abastecido de un mes en una farmacia de la red con distribución de costos estándar:</p> <p>Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos): Usted paga \$0.00 por receta.</p>	<p>Su costo por un suministro abastecido de un mes en una farmacia de la red con distribución de costos estándar:</p> <p>Nivel 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos): Usted paga \$0.00 por receta.</p>

Etapa	2016 (este año)	2017 (próximo año)
<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. Para obtener información sobre los costos, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Nivel 2 (Medicamentos Genéricos): Usted paga \$20.00 por receta.</p>	<p>Nivel 2 (Medicamentos Genéricos): Usted paga \$20.00 por receta.</p>
	<p>Nivel 3 (Medicamentos de Marca Preferidos): Usted paga \$47.00 por receta.</p>	<p>Nivel 3 (Medicamentos de Marca Preferidos): Usted paga \$47.00 por receta.</p>
	<p>Nivel 4 (Medicamentos de Marca No Preferidos): Usted paga el 50% del costo total.</p>	<p>Nivel 4 (Medicamentos No Preferidos): Usted paga el 50% del costo total.</p>
	<p>Nivel 5 (Medicamentos de Nivel Especializado): Usted paga el 25% del costo total.</p>	<p>Nivel 5 (Medicamentos de Nivel Especializado): Usted paga el 25% del costo total.</p>
	<p>Cambiamos el nivel de algunos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para consultar si alguno de sus medicamentos cambiará a otro nivel, búsquelo en la Lista de Medicamentos.</p>	<p>Una vez que haya alcanzado el costo total de medicamentos de \$3,310, 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 miembros 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 en su *Resumen de Beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2

Decisión del Plan a Elegir

Sección 2.1 – Si usted quiere permanecer en *Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP)*

Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o no se cambia a Original Medicare, automáticamente permanecerá inscrito como miembro en nuestro plan para el 2017.

Sección 2.2 – Si decide cambiar de planes

Esperamos que permanezca como miembro el año próximo, pero si desea cambiarse para 2017, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud Medicare diferente,
- -- *O BIEN* -- Puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare o si comprará una póliza complementaria de Medicare (Medigap).

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2017*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También 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. Visite <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos). **Allí 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 Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción al plan *Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP)*.
- Para cambiarse a **Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción al plan *Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP)*.
- Para cambiarse a **Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe:
 - Enviarnos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono figuran en la Sección 6.1 de este folleto).
 - – o – 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 su inscripción sea cancelada. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3

Plazo para Cambiar de Plan

Puesto que usted es elegible para Medicare y Medicaid, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud 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 4

Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En California, el SHIP se denomina Programa de Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (HICAP).

El Programa de Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (HICAP) es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno Federal para brindar asesoramiento local **gratis** a los beneficiarios de Medicare. Los asesores del Programa de Asesoramiento

y Asistencia sobre Seguros de Salud (HICAP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Lo pueden ayudar a entender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de planes. Puede llamar al Programa de Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros de Salud (HICAP, por sus siglas en inglés) al 1-800-434-0222. Puede obtener más información acerca del Health Insurance Counseling & Advocacy Program, (HICAP) si visita su sitio web (<http://www.aging.ca.gov/hicap>).

SECCIÓN 5 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos Recetados

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

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir las condiciones para recibir “Ayuda Adicional” 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, incluyendo las primas mensuales para medicamentos recetados, los deducibles anuales y coseguro. 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 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 de Medicaid de su Estado (solicitudes).

Asistencia para la Distribución de Costos en cuanto a los Medicamentos Recetados para Personas con VIH/SIDA. El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que los individuos elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a los medicamentos para el VIH que salvan 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 para pacientes ambulatorios de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia para la distribución de costos en cuanto a los medicamentos recetados a través

del Departamento de Salud Pública de California (California Department of Public Health). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a la Oficina de lucha contra el SIDA del Departamento de Salud Pública de California. al 1-916-449-5900. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 6

¿Preguntas?

Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-866-999-3945 (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de octubre y el 14 de febrero, los representantes están disponibles de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura 2017* (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 2017. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura* para 2017 de ***Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP)***. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe cumplir para recibir medicamentos recetados y servicios cubiertos. Este sobre incluye una copia de la *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para recibir información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad, que lo ayudarán a comparar los planes de salud Medicare. También 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 consultar información sobre nuestros planes, ingrese en <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y medicamentos]).

Lea *Medicare y Usted 2017*

Puede leer el Manual *Medicare y Usted 2017*. Este manual se les envía a los miembros con Medicare anualmente, en otoño. El manual incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtener una en el sitio web de Medicare (<http://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.

Sección 6.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a Medi-Cal al 1-800-541-5555. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.