

PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)
ofrecido por PruittHealth Premier, Inc.

Aviso anual de cambios para 2020

Actualmente, usted está inscrito como miembro de PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las secciones 1.1 y 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

- Verifique los cambios en el folleto correspondientes a nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si se aplican a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Los medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido distinto?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos para 2020 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado con respecto al año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos anuales de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos cuadros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos por año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que consulta regularmente, se encuentran en nuestra red?
 - ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- Piense acerca de sus costos de atención de la salud generales.
 - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** conozca otras opciones del plan

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

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

- Si desea **conservar** PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP), no es necesario que haga nada. Permanecerá en PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP).
- Si desea **cambiar a un plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Consulte la Sección 2.2, página 15 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

4. **INSCRÍBASE:** para cambiar los planes, inscribese en un plan entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre de 2019**

- Si **no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2019**, permanecerá en PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP).

- Si se inscribe en otro plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2019, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2020.
- A partir de 2020, la frecuencia para cambiar de planes tiene nuevos límites. Consulte la Sección 2.2, página 15 para obtener más información.

Recursos adicionales

- This document is available for free in Spanish.
- Este documento está disponible gratis en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-844-224-3659. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., siete días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre.
- Este documento también está disponible en Braille y en letra grande.
- **La cobertura según este Plan califica como Cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

Acerca de PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)

- PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP) es un plan D-SNP con un contrato de Medicare y un contrato de Medicaid con el estado de Georgia. La inscripción en PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a PruittHealth Premier, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a PruittHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP).

H3291_2020_ANOCDSNP_M File & Use 11212019

Resumen de costos importantes para 2020

La siguiente tabla compara los costos de 2019 y 2020 para PruitHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.pruithhealthpremier.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*. Si es elegible para recibir asistencia en los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga \$0 por su deducible, las consultas en el consultorio del médico y las hospitalizaciones.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$25.70	\$25.30
* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.		
Deducible	\$185	\$198
Monto máximo que paga de su bolsillo	\$6,700	\$6,700
Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).		
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta Consultas al especialista: coseguro de 20% por consulta	Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta Consultas al especialista: coseguro de 20% por consulta

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p>	<p>Usted paga los montos del costo compartido de Original Medicare 2019.</p> <p>Deducible de \$1,364;</p> <p>Copago de \$0 por día por los días 1-60;</p> <p>Copago de \$341 por día por los días 61 al 90;</p> <p>Copago de \$682 por día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida).</p>	<p>Usted paga los montos del costo compartido de Medicare Original 2020.</p> <p>Deducible de \$1,408;</p> <p>Días 1-60: Coseguro de \$0 por cada período de beneficios</p> <p>Días 61-90: Coseguro de \$352 por día de cada período de beneficios</p> <p>Días 91 y subsiguientes: Coseguro de \$704 por cada “día de reserva durante el curso de su vida</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p>Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos cubiertos: 25%</p>	<p>Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos cubiertos: 25%</p>

Aviso anual de cambios para 2020

Índice

Resumen de costos importantes para 2020	4
sección 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	7
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2 Cambios en los montos máximos que paga de su bolsillo	7
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	8
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	8
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	9
Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	12
sección 2 Cómo decidir qué plan elegir	15
Sección 2.1 Si desea seguir inscrito en PruitHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)	15
Sección 2.2 Si desea cambiar de plan	15
sección 3 Cambio de planes	16
sección 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	16
sección 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	17
sección 6 ¿Preguntas?	17
Sección 6.1 Cómo recibir ayuda de PruitHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)	17
Sección 6.2 Cómo recibir ayuda de Medicare	18
Sección 6.3 Cómo recibir ayuda de Medicaid	19

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual	\$25.70	\$25.30
(También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted).		

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

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

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo	\$6,700	\$6,700
Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros llegan a este máximo de gastos de bolsillo. Si es elegible para recibir asistencia de Medicaid con los copagos de la Parte A y la Parte B, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo que paga de su bolsillo de los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.		Una vez que haya pagado \$6,700 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.
Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.		

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.pruithealthpremier.com, se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2020 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.pruithealthpremier.com, se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre

los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2020 para conocer 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* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2020*. También puede llamar a *Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una Evidencia de cobertura*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Servicios odontológicos - Monto máximo del plan	Hasta un crédito combinado de \$835 cada año por todos los servicios odontológicos preventivos e integrales adicionales.	Hasta un crédito combinado de \$850 cada año por todos los servicios odontológicos preventivos e integrales adicionales.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos - Suministros para el control de la diabetes - Costo compartido	Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio cubierto de Medicare.	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio cubierto de Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos - Suministros para el control de la diabetes - Proveedores preferidos	Sin límite del fabricante	Límite del fabricante para Roche Accu-Chek.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados - Costo compartido</p>	<p>Usted paga los montos del costo compartido de Original Medicare 2019. Deducible de \$1,364; Copago de \$0 por día por los días 1-60; Copago de \$341 por día por los días 61 al 90; Copago de \$682 por día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida).</p>	<p>Usted paga los montos del costo compartido de Medicare Original 2020. Deducible de \$1,408; Días 1-60: Coseguro de \$0 por cada período de beneficios Días 61-90: Coseguro de \$352 por día de cada período de beneficios Días 91 y subsiguientes: Coseguro de \$704 por cada “día de reserva durante el curso de su vida</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes internados - Costo compartido</p>	<p>Usted paga los montos del costo compartido de Original Medicare 2019. Deducible de \$1,364; Copago de \$0 por día por los días 1-60; Copago de \$341 por día por los días 61 al 90; Copago de \$682 por día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida).</p>	<p>Usted paga los montos del costo compartido de Medicare Original 2020. Deducible de \$1,408; Días 1-60: Coseguro de \$0 por cada período de beneficios Días 61-90: Coseguro de \$352 por día de cada período de beneficios Días 91 y subsiguientes: Coseguro de \$704 por cada “día de reserva durante el curso de su vida</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento para opioides - Costo compartido</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio cubierto de Medicare.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Beneficio de venta libre - Monto máximo del plan	Sin cobertura	El beneficio del Catálogo de salud (Health Catalog) proporcionará a los miembros un máximo de \$300 por trimestre que pueden gastar en artículos de un Catálogo de salud asignado y suministrado por OTC Health Solutions a los miembros.
Sistema personal de respuesta en caso de emergencia (Personal emergency response system, PERS) - Costo compartido	Sin cobertura	Usted paga un copago de \$0.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico - Servicios adicionales de telesalud - Costo compartido	Sin cobertura	Usted paga un coseguro de 0% a 20% dependiendo del servicio cubierto por Medicare.
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF) - Costo compartido	<p>Usted paga los montos del costo compartido de Original Medicare 2019.</p> <p>Copago de \$0 por día por los días 1 al 20.</p> <p>Copago de \$170.50 por día por los días 21 al 100 por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga los montos del costo compartido de Medicare Original 2020.</p> <p>\$0 de copago por día del 1 al 20 por cada Estancia en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.</p> <p>\$176 de copago por día, del 21 al 100 por cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Transporte (rutina adicional) - Periodicidad	Transporte de rutina para hasta 24 viajes al año. Un viaje se considera transporte de ida en taxi, autobús/metro, camioneta o transporte médico a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.	Transporte de rutina para hasta 36 viajes al año. Un viaje se considera transporte de ida en taxi, autobús/metro o camioneta a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos por vía electrónica.

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

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

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicios para los miembros.
- **Consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento.

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

A partir de 2020, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico del mismo nivel de costo compartido o de un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Esto significa, por ejemplo, que, si está tomando un medicamento de marca que será reemplazado o movido a un nivel de costo compartido más alto, ya no siempre recibirá un aviso del cambio 30 días antes de que lo apliquemos ni recibirá un suministro mensual de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, aún recibirá información sobre el cambio específico que realicemos, pero el aviso le puede llegar después de que apliquemos el cambio.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo planeado y proporcionaremos otra información obligatoria para reflejar los cambios de los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros hemos incluido un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Como recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre de 2019, llame a Servicios para los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. En la Sección 6.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono de Servicios para los miembros.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. La cantidad que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Etapa 1: etapa del deducible anual	El deducible es de \$415.	El deducible es de \$435.
Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que alcance el deducible anual.		

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

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

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (-días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura.</i></p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándar: coseguro del 25%</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$3,820, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándar: coseguro del 25%</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$4,020, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

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

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

sección 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 Si desea seguir inscrito en PruitHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2020.

Sección 2.2 Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2020, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

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

Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2020* (Medicare y Usted 2020), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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

Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en PruitHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP).

- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en PruitHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (en la Sección 6.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
 - *O* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se pasa a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

sección 3 Cambio de planes

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde ahora hasta el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2020.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2020 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2020. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

sección 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Georgia, el SHIP se llama Programa GeorgiaCares.

El programa GeorgiaCares es un programa independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno

federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y **en forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa GeorgiaCares pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con el Programa GeorgiaCares llamando al 1-866-552-4464 opción 4. Para obtener más información sobre el Programa GeorgiaCares, visite su sitio web (<http://www.mygeorgiacares.org/>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid de Georgia, comuníquese con Medicaid de Georgia al 1-800-436-7442, 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Pregunte cómo el hecho de inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la manera en que usted obtiene su cobertura de Medicaid de Georgia.

sección 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Si tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también llamada el Subsidio por bajos ingresos. La Ayuda adicional paga algunas de sus primas de medicamentos con recetas, sus deducibles anuales y su coseguro. Si reúne los requisitos no tendrá un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la Ayuda adicional, llame:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).

sección 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 Cómo recibir ayuda de PruitHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-224-3659. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., siete días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2020 (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2020. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2020 para PruitHealth Premier D-SNP (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.pruithhealthpremier.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.pruithhealthpremier.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2 Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y de medicamentos]).

Lea Medicare & You 2020 (Medicare y Usted 2020)

Puede leer el Manual *Medicare & You 2020* (Medicare y Usted 2020). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6.3 Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a Medicaid de Georgia al 1-800-436-7442. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.