

## ***Plan True Blue Special Needs (HMO SNP) ofrecido por Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc.***

# **Notificación anual de los cambios para 2018**

En la actualidad usted está inscrito como miembro del *Plan True Blue Special Needs (HMO-SNP)*. El año entrante habrá cambios en los costos y beneficios del plan. *Este cuadernillo le explica los cambios.*

---

### **Qué debe hacer**

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

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
  - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que satisfará sus necesidades el año próximo.
  - ¿Los cambios afectan los servicios que usa?
  - Lea las Secciones 1.1, 1.2, 1.5 y 3 para obtener información sobre los cambios de beneficios y costos de nuestro plan.
- Revise los cambios en el cuadernillo de medicamentos recetados para ver si le afectan.
  - ¿Se cubrirán sus medicamentos?
  - ¿Sus medicamentos tienen una categoría diferente, con un costo compartido diferente?
  - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como la necesidad de nuestra aprobación antes de completar su receta?
  - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo al usar otras farmacias?
  - Lea las secciones del Listado de medicamentos de 2018 en las Secciones 1.4 y 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Compruebe si sus médicos y otros prestadores estarán en nuestra red el año próximo.
  - ¿Sus médicos están en nuestra red?
  - ¿Y los hospitales u otros prestadores que usted usa?
  - *Lea la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de prestadores.*

- Piense en los costos totales de la atención médica.
  - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que usa con regularidad?
  - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
  - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está conforme con nuestro plan.

## 2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.
  - Use la característica de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Buscar planes médicos y de medicamentos”
  - Revise la lista en el dorso de su Manual de afiliados de Medicare.
  - Lea la Sección 4.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que haya reducido sus opciones a un plan de su preferencia, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si desea **mantener** el Plan *True Blue Special Needs (HMO SNP)*, entonces no necesita realizar nada. *Permanecerá en el Plan True Blue Special Needs (HMO SNP)*.
- Si desea **cambiarse a un plan diferente** que cubra mejor sus necesidades, puede cambiar los planes en cualquier momento. Su nueva cobertura se iniciará el primer día del mes siguiente. Lea la Sección 4.2, página 10 para obtener más información sobre sus opciones.

## Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español en forma gratuita.
- Esta información está disponible sin costo alguno en otros idiomas. Para obtener información adicional, llame a nuestro número de Servicio de atención al cliente al 1-888-495-2583, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios con dificultades auditivas o del habla (TTY) deben llamar al 1-800-377-1363.
- Para obtener más información, comuníquese con nuestro número de Servicio de atención al cliente al 1-888-495-2583. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-377-1363. *El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.*
- *Este documento puede estar disponible en formatos alternativos como audio y en letra grande. Llame al Servicio de atención al cliente si necesita este documento en otro formato.*

- **La cobertura de este plan reúne los requisitos de cobertura esencial mínima (MEC, por sus siglas en inglés) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección al paciente y de atención médica asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de impuestos internos (IRS, por sus siglas en inglés) <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.**

### **Acerca del Plan True Blue Special Needs (HMO SNP)**

- *El Plan True Blue Special Needs (HMO SNP) es un plan médico para necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés) con contrato con Medicare y Medicaid de Idaho. La inscripción en el Plan True Blue Special Needs (HMO SNP) dependerá de la renovación del contrato.*
- *Cuando este cuadernillo dice “nosotros”, “nos”, o “nuestro”, se refiere a Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. Cuando mencione “plan” o “nuestro plan”, hace referencia al Plan True Blue Special Needs [HMO SNP].*

## Resumen de costos importantes para 2018

El cuadro siguiente compara los costos de 2017 y los costos de 2018 del *plan True Blue Special Needs (HMO-SNP)* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de esta *Notificación anual de cambios* y evaluar la *Evidencia de cobertura* incluida para ver si hay otros cambios de beneficios o costos que lo afecten.**

Costo	2017 (este año)	2018 (el año próximo)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser superior o inferior a este importe. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$0	\$0
<b>Consultas en el consultorio del médico.</b>	Visitas al médico de atención primaria: \$0 de copago por visita.  Visita al especialista: \$0 de copago por visita.	Visitas al médico de atención primaria: \$0 de copago por visita.  Visita al especialista: \$0 de copago por visita.
<b>Estadía de pacientes hospitalizados.</b> Incluye servicios para pacientes agudos, rehabilitación, atención médica a largo plazo y otros servicios para pacientes hospitalizados. La atención de pacientes hospitalizados comienza cuando usted ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. El día anterior al de su alta se considera su último día como paciente hospitalizado.	\$0 de copago para atención de pacientes hospitalizados.	\$0 de copago para atención de pacientes hospitalizados.

Costo	2017 (este año)	2018 (el año próximo)
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles)</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p><i>Copagos</i> durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de categoría 1: \$0 o \$1.20 o \$3.30</li> <li>• Medicamento de categoría 2: \$0 o \$1.20 o \$3.30</li> <li>• Medicamento de categoría 3: \$0 o \$3.70 o \$8.25</li> <li>• Medicamento de categoría 4: \$0 o \$3.70 o \$8.25</li> <li>• Medicamento de categoría 5: \$0 o \$3.70 o \$8.25</li> </ul>	<p>Deducible: \$0</p> <p><i>Copagos</i> durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de categoría 1: \$0 o \$1.25 o \$3.35</li> <li>• Medicamento de categoría 2: \$0 o \$1.25 o \$3.35</li> <li>• Medicamento de categoría 3: \$0 o \$3.70 o \$8.35</li> <li>• Medicamento de categoría 4: \$0 o \$3.70 o \$8.35</li> <li>• Medicamento de categoría 5: \$0 o \$3.70 o \$8.35</li> </ul>
<p><b>Monto máximo de bolsillo</b> Este es el <u>máximo</u> que usted pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).</p>	<p>\$3000</p> <p>Usted no es responsable del pago de gastos de bolsillo para el monto máximo de gastos de bolsillo en cuanto a los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$3000</p> <p>Usted no es responsable del pago de gastos de bolsillo para el monto máximo de gastos de bolsillo en cuanto a los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B.</p>

## **Notificación anual de los cambios para 2018**

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2018 .....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el año próximo .....</b>	<b>4</b>
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual .....	4
Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de bolsillo .....	4
Sección 1.3 – Cambios en la red de prestadores .....	5
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	5
Sección 1.5 – No hay cambios en sus beneficios o en el monto que abona por los servicios médicos .....	6
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....	6
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos .....</b>	<b>9</b>
<b>SECCIÓN 3 Cambios en sus beneficios de Medicaid.....</b>	<b>10</b>
<b>SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>10</b>
Sección 4.1 – Si desea permanecer en el Plan True Blue Special Needs (HMO SNP) .....	10
Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan .....	10
<b>SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar de plan .....</b>	<b>11</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare y Medicaid .....</b>	<b>11</b>
<b>SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados .....</b>	<b>12</b>
<b>SECCIÓN 8 ¿Tiene alguna pregunta? .....</b>	<b>13</b>
Sección 8.1 – Ayuda del <i>Plan True Blue Special Needs (HMO-SNP)</i> .....	13
Sección 8.2 – Ayuda de Medicare .....	13
Sección 8.3 – Ayuda de Medicaid .....	14

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

### Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2017 (este año)	2018 (el año próximo)
<b>Prima mensual</b> (Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0	\$0

### Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de bolsillo

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

Costo	2017 (este año)	2018 (el año próximo)
<b>Monto máximo de bolsillo</b> <b>Debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos llegan alguna vez a pagar este máximo.</b> Usted no es responsable del pago de gastos de bolsillo para el monto máximo de gastos de bolsillo en cuanto a los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B.  Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para el monto máximo de bolsillo. Sus costos por medicamentos recetados no cuentan en el monto máximo de bolsillo.	\$3000	\$3000  Una vez que haya pagado \$3000 de su bolsillo en concepto de 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.

---

## Sección 1.3 – Cambios en la red de prestadores

---

Hay cambios en nuestra red de prestadores para el próximo año. Puede consultar el Directorio de prestadores actualizado en nuestro sitio web [www.bcidaho.com/FindAProvider](http://www.bcidaho.com/FindAProvider). También puede llamar al Servicio de atención al cliente para obtener información del prestador actualizada o para solicitar que le enviemos por correo postal un Directorio de prestadores. **Revise el Directorio de prestadores 2018 para consultar si sus prestadores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (prestadores) que son parte de nuestro plan durante el año. Su prestador puede abandonar su plan por varias razones, pero si su médico o especialista lo hacen, usted tiene determinados derechos y garantías que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de prestadores cambie durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Nos esforzaremos de buena fe para avisarle al menos con 30 días de anticipación que su prestador se retira de su plan para que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un prestador nuevo calificado para que siga controlando sus necesidades de atención médica.
- Si se encuentra bajo un tratamiento médico, tiene el derecho de solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que recibe y nosotros estaremos junto a usted para que eso se cumpla.
- Si considera que no le hemos ofrecido un prestador calificado que reemplace al anterior o que la atención médica que este le brinda no es la adecuada, tiene el derecho de presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si sabe que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo prestador que se encargue de su atención.

---

## Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

---

Los montos que usted paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas tienen cobertura *solo* si se obtienen en alguna de nuestras farmacias de la red.

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Puede consultar el Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web [www.bcidaho.com/SNPpharmacy](http://www.bcidaho.com/SNPpharmacy). También puede llamar al Servicio de atención al cliente para obtener información actualizada del prestador o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2018 para conocer las farmacias que están en nuestra red.**



---

## Sección 1.5 – No hay cambios en sus beneficios o en el monto que abona por los servicios médicos

---

Nuestros beneficios y lo que usted paga por estos servicios médicos cubiertos será en 2018 exactamente igual que en el 2017.

---

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

---

<b>Cambios en nuestra lista de medicamentos</b>
---

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “lista de medicamentos”. Puede encontrar la lista actualizada de medicamentos en nuestra página web en [www.bcidaho.com/SNPDrugs](http://www.bcidaho.com/SNPDrugs). También puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitarnos que le enviemos una copia de nuestra Lista de medicamentos.

Hicimos cambios en nuestra lista de medicamentos, incluso cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el año próximo y para averiguar si habrá alguna restricción.**

En caso de verse afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede:

- **Consultar con su médico (u otro profesional) y solicitarle al plan que realice una excepción** para cubrir el medicamento. **Instamos a los afiliados actuales** a solicitar una excepción antes del año próximo.
  - Para saber qué debe realizar para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones, apelaciones, quejas de cobertura))* o llame al Servicio de atención al cliente.
- **Trabaje con su médico (u otra persona que recete medicamentos) para encontrar un medicamento distinto** que cubramos. Puede llamar al Servicio de atención al cliente y solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad.

En algunos casos, estamos obligados a cubrir **por única vez** un suministro temporal de un medicamento que no se encuentra en el formulario de medicamentos durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la afiliación para evitar una brecha en el tratamiento. (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*). Cuando reciba un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué realizar cuando se termine su suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que le conceda una excepción y cubra su medicamento actual.

Las excepciones al formulario aprobadas en el año 2017 son válidas durante 2017 año desde su fecha de aprobación en ese año. Cuando su excepción al formulario, aprobada en 2017, caduque en 2018, usted y su prestador pueden solicitarle al plan una nueva excepción al formulario.

### Cambios en los costos de los medicamentos recetados

*Nota:* Si está inscrito en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no le corresponda.** Le enviamos un cuadernillo separado, llamado “Cláusula de la evidencia de cobertura para personas que obtienen ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también llamada “Cláusula sobre subsidios para personas de bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre el costo de sus medicamentos. Debido a que usted obtiene “Ayuda adicional” y no ha recibido este cuadernillo antes del *30 de septiembre de 2017*, llame al Servicio de atención al cliente y pregunte por la “cláusula LIS”. Los números de teléfono del Servicio de atención al cliente están en la Sección 8.1 de este cuadernillo.

Existen cuatro “etapas de pago de medicamentos”. 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 su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información que sigue 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 llegan a las otras dos etapas: la etapa de brecha de cobertura o la etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus gastos en estas etapas, consulte el *Resumen de Beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de Cobertura*).

### Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2017 (este año)	2018 (el año próximo)
<b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b>	El deducible es \$0.  Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no le corresponde.	El deducible es \$0.  Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no le corresponde.

### Cambios en su costo compartido durante la etapa de cobertura inicial

Para conocer cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte la Sección 1.2, *Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos*, en el capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2017 (este año)	2018 (el año próximo)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga parte del costo de sus medicamentos y <b>usted paga la parte del costo que le corresponde</b>. Los costos en esta fila son para el suministro de 1 mes (30 días) cuando adquiera sus medicamentos recetados en una farmacia de la red que ofrezca un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos <i>para un suministro a largo plazo o para un pedido de medicamentos por correo</i>, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos medicamentos de nuestra lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel distinto, búsquelos en la lista de medicamentos.</p>	<p>El costo que tendrá para usted el suministro de 1 mes adquirido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Genérico preferencial:</b> Usted paga \$0 o \$1.20 o \$3.30 por prescripción.</p> <p><b>Genéricos:</b> Usted paga \$0 o \$1.20 o \$3.30 por prescripción.</p> <p><b>Marca preferencial:</b> Usted paga \$0 o \$3.70 o \$8.25 por prescripción.</p> <p><b>Medicamentos no preferenciales:</b> Usted paga \$0 o \$3.70 o \$8.25 por prescripción.</p> <p><b>Categoría especial:</b> Usted paga \$0 o \$3.70 o \$8.25 por prescripción.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$4,950 de gastos de bolsillo para medicamentos de la Parte D, pasará a la próxima etapa (Etapa de cobertura catastrófica).</p>	<p>El costo que tendrá para usted el suministro de 1 mes adquirido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Genérico preferencial:</b> Usted paga \$0 o \$1.25 o \$3.35 por prescripción.</p> <p><b>Genéricos:</b> Usted paga \$0 o \$1.25 o \$3.35 por prescripción.</p> <p><b>Marca preferencial:</b> Usted paga \$0 o \$3.70 o \$8.35 por prescripción.</p> <p><b>Medicamentos no preferenciales:</b> Usted paga \$0 o \$3.70 o \$8.35 por prescripción.</p> <p><b>Categoría especial:</b> Usted paga \$0 o \$3.70 o \$8.35 por prescripción.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$5,000 de gastos de bolsillo para medicamentos de la Parte D, pasará a la próxima etapa (Etapa de cobertura catastrófica).</p>

### Cambios en la etapa de intervalo sin cobertura y en la etapa de cobertura catastrófica

La Etapa de intervalo sin cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica son otras dos etapas de cobertura de medicamentos destinadas a personas con medicamentos de alto costo. **La mayoría de los afiliados no alcanzan ninguna de estas etapas.**

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

**SECCIÓN 2 Cambios administrativos**

Costo	2017 (este año)	2018 (el año próximo)
<i>Servicios de rehabilitación cardíaca</i>	Se requiere autorización previa.	<b>NO</b> se requiere autorización previa.
<i>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados</i>	Se requiere autorización previa para artículos y alquileres que superen los \$500.	Se requiere autorización previa para artículos y alquileres iguales o superiores a \$1,000.
<i>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</i>	Se requiere autorización previa.	Requiere autorización previa para servicios que superen los límites tope de tratamiento de Medicare
<i>Excepciones de la categoría de la Parte D</i>	Si su medicamento se encuentra en la Categoría 4 de medicamento no preferencial, puede solicitar que lo cubramos a un monto menor de costo compartido que corresponde a los medicamentos de la Categoría 3 de marca preferencial. Eso disminuiría su parte del costo compartido del medicamento.	No puede solicitarnos que cambiemos la categoría de costo compartido de ningún medicamento de la Categoría 5, Medicamentos de especialidad.
<i>Prótesis y suministros relacionados</i>	Se requiere autorización previa para artículos y alquileres que superen los \$500.	Se requiere autorización previa para artículos y alquileres iguales o superiores a \$1,000.
<i>Servicios de rehabilitación pulmonar</i>	Se requiere autorización previa.	<b>NO</b> se requiere autorización previa.

### SECCIÓN 3 Cambios en sus beneficios de Medicaid

Costo	2017 (este año)	2018 (el año próximo)
<i>Servicios odontológicos de Medicaid de Idaho</i>	Los Servicios odontológicos de Medicaid de Idaho están incluidos en el Plan True Blue Special Needs (HMO SNP).	Los Servicios odontológicos de Medicaid de Idaho <b>no</b> están incluidos en el Plan True Blue Special Needs (HMO SNP).  Estos servicios los proporciona el Departamento de salud y bienestar de Idaho.

### SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

#### Sección 4.1 – Si desea permanecer en el Plan True Blue Special Needs (HMO SNP)

**Para permanecer en nuestro plan, no es necesario realizar nada.** Si no se afilia a un plan diferente ni se cambia a Original Medicare, queda automáticamente inscrito como afiliado de nuestro plan para 2018.

#### Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos seguir contando con usted como afiliado el año próximo, pero si desea cambiar en 2018, siga estos pasos:

##### Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

- Puede afiliarse a un plan médico de Medicare diferente, en cualquier momento
- — O — puede pasarse a Original Medicare en cualquier momento.

Su nueva cobertura se iniciará el primer día del mes siguiente. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si desea afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y usted 2018*, llame al Programa estatal de asistencia en seguros para la salud (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su zona con el localizador de plan de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en "Buscar planes médicos y de medicamentos". **Allí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Como recordatorio, *Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc.* ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes podrían diferir en cobertura, primas mensuales y montos de los costos compartidos.

## Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiar a **un plan médico de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Será dado de baja automáticamente del *Plan True Blue Special Needs (HMO SNP)*.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Será dado de baja automáticamente del *Plan True Blue Special Needs (HMO SNP)*.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
  - Envíenos una solicitud de desafiliación por escrito. Comunicarse con el Servicio de atención al cliente si necesita información adicional sobre cómo realizarlo (los números telefónicos están en la Sección 8.1 de este cuadernillo).
  - — o — comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicite su baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se pasa al plan Original Medicare o **no** se afilia a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare podrá afiliarlo a un plan de medicamentos a menos que usted haya rechazado la opción de afiliación automática.

## SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar de plan

Dado que usted reúne los requisitos para Medicare y para los beneficios completos de Medicaid, puede cambiar de cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan médico de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin plan de medicamentos separado de Medicare) en cualquier momento.

## SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare y Medicaid

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en cada estado. En *Idaho*, el SHIP se llama *Consejeros de asistencia sobre beneficios del seguro médico para personas mayores (SHIBA, por sus siglas en inglés)*.

El programa *SHIBA* es independiente (no está vinculado con ninguna compañía de seguros ni plan médico). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoría local **gratuita** sobre seguros médicos a personas con Medicare. Los consejeros de *SHIBA* pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarle a entender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar a *SHIBA* al 1-800-247-4422. Puede obtener más información sobre *SHIBA* si visita su sitio web (<http://www.doi.idaho.gov/shiba/default.aspx>.)

Para preguntas sobre sus beneficios *Medicaid de Idaho*, comuníquese con el *Departamento de Salud y Bienestar*, llame al 1-877-456-1233, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711. Consulte cómo se verá afectada su cobertura *Medicaid de Idaho* si se inscribe en otro plan o regresar a Original Medicare.

## SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. A continuación, encontrará una lista de las distintas clases de ayuda:

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Debido a que usted cuenta con Medicaid, ya está afiliado a la 'Ayuda adicional', también llamada Subsidio para personas de bajos ingresos. La ayuda adicional paga algunos de sus medicamentos recetados, primas, deducibles anuales y coseguro. Debido a que usted reúne los requisitos no tendrá un intervalo sin cobertura ni una multa por afiliación atrasada. Si tiene dudas sobre la ayuda adicional, llame a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  - consultar con su Oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), ayuda a garantizar que las personas que reúnen los requisitos para el programa ADAP que padecen VIH/SIDA tengan acceso a los medicamentos vitales contra el VIH. Estas personas deben reunir determinados requisitos, incluso una prueba de residencia en el Estado y condición de portador de VIH, tener bajos ingresos según lo que define el Estado y no tener seguro o tener una cobertura insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el programa ADAP reúnen los requisitos para una asistencia de costos compartidos para medicamentos recetados a través del *Programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA de Idaho (IDAGAP)*, por sus siglas en inglés). Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame al 1-208-334-5612. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

## **SECCIÓN 8    ¿Tiene alguna pregunta?**

### **Sección 8.1 – Ayuda del *Plan True Blue Special Needs (HMO-SNP)***

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Servicio al Cliente al 1-888-495-2583. (Solo los usuarios TTY, deben llamar al 1-800-377-1363). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura de 2018* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del año próximo)**

Esta *Notificación anual de los cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2018. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura para el Plan True Blue Special Needs (HMO-SNP)* de 2018. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. En este sobre se incluye una copia de la *Evidencia de cobertura*.

#### **Visite nuestro Sitio Web**

También puede visitar nuestro sitio web en [www.truebluesnp.com](http://www.truebluesnp.com). Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de prestadores (Directorio de prestadores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

### **Sección 8.2 – Ayuda de Medicare**

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 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 (<https://www.medicare.gov>). Tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para que pueda comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su zona usando el Localizador de Plan de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes médicos y de medicamentos”).



**Lea *Medicare y usted 2018***

Puede leer el Manual *Medicare y usted 2018*. Cada año, en otoño, se envía este cuadernillo a los beneficiarios de Medicare. Incluye un resumen de beneficios de Medicare, derechos y garantías y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este cuadernillo, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY 1-877-486-2048.

---

**Sección 8.3 – Ayuda de Medicaid**

---

Para obtener información sobre Medicaid, puede llamar al *Departamento de salud y bienestar de Idaho* al 1-877-456-1233. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711

## Árabe

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-494-2583 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-377-1363).

**Chino** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-494-2583 (TTY: 1-800-377-1363)。

**Francés** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1- 888-494-2583 (ATS : 1-800-377-1363).

**Alemán** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1- 888-494-2583 (TTY: 1-800-377-1363).

**Japonés** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1- 888-494-2583 (TTY: 1-800-377-1363) まで、お電話にてご連絡ください。

**Coreano** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1- 888-494-2583 (TTY: 1-800-377-1363)번으로 전화해 주십시오.

## Persa-Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فرا هم می باشد. با 1 888-494-2583 (TTY: 1-800-377-1363) تماس بگیرید.

**Rumano** ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1- 888-494-2583 (TTY: 1-800-377-1363).

**Ruso** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1- 888-494-2583 (телетайп: 1-800-377-1363).

**Serbocroata** OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1- 888-494-2583 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 1-800-377-1363).

**Español** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1- 888-494-2583 (TTY: 1-800-377-1363).

**Fula sudanés** MAANDO: To a waawi [Adamawa], e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1- 888-494-2583 (TTY: 1-800-377-1363).

**Tagalo** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1- 888-494-2583 (TTY: 1-800-377-1363).

**Ucraniano** УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1- 888-494-2583 (телетайп: 1-800-377-1363).

**Vietnamita** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-494-2583 (TTY: 1-800-377-1363).





**Planes Medicare Advantage** Plan True Blue® Special Needs

3000 East Pine Avenue | Meridian, Idaho | 83642-5995  
Dirección postal: P.O. Box 8406 | Boise, Idaho | 83707-2406  
1-888-495-2583 | TTY 1-800-377-1363