

Plan True Blue Special Needs (HMO SNOP) que ofrece Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc.

Aviso anual de cambios para 2019

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

Qué debe hacer

1. PREGUNTE: Qué cambios lo afectan

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si lo 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* y *1.5* 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 lo afectan.
 - ¿Los medicamentos estarán cubiertos?
 - ¿Los medicamentos que utiliza tienen una categoría diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de los medicamentos que utiliza tiene nuevas restricciones, como la necesidad de nuestra aprobación antes de adquirir sus medicamentos recetados?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo al usar otras farmacias?
 - Lea las secciones del Listado de Medicamentos de 2019 en las Secciones *1.4* y *1.6* para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Los costos de los medicamentos puede haber subido desde el año pasado. Hable con su médico acerca de las alternativas de menor costo que puede tener a su disposición; esto puede ahorrarle los costos de bolsillo durante el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estas tablas resaltan qué fabricantes han aumentado los precios y también muestran otra información anual sobre los precios de los medicamentos. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de los medicamentos.

- Compruebe si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿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 función 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 al final 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*, no tiene que hacer nada. Permanecerá en el *Plan True Blue Special Needs*.
- Si desea **cambiarse a un plan diferente** que satisfaga mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Consulte la sección 4.2, página 13 para obtener más información con respecto a sus opciones.

4. INSCRIPCIÓN: Para cambiar de plan, inscríbese a un plan entre hoy y el **31 de diciembre de 2018**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **31 de diciembre de 2018**, permanecerá en el *Plan True Blue Special Needs*.
- Si se **inscribe en otro plan antes del 31 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.
- A partir de 2019, habrá nuevos límites sobre la frecuencia con que puede cambiar de planes. Para obtener más información, lea la sección 5, página 14.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo alguno en *español*.
- Esta información está disponible sin costo alguno en otros idiomas. Para obtener información adicional, llame a nuestro número de Servicio de Atención al Cliente 1-888-495-2583 de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de 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 Médica Calificada (QHC, 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**

- *El Plan True Blue Special Needs es un plan de salud que pertenece a los Planes para Necesidades Especiales (SNP) de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) que tiene contrato con Medicare y Medicaid de Idaho. La inscripción en el Plan True Blue Special Needs depende de la renovación del contrato.*
- Cuando este folleto dice "nosotros" 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*.

Resumen de costos importantes para 2019

El cuadro siguiente compara los costos de 2018 y los costos de 2019 del *Plan True Blue Special Needs* 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 revisar la Evidencia de Cobertura para verificar si hay otros cambios de beneficios o costos que lo afecten.**

Costo	2018 (el presente año)	2019 (el año próximo)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior o inferior a este importe. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$0	\$0
Visitas al consultorio del médico	Visitas al médico de atención primaria: <i>\$0 de copago por visita</i> Visitas al especialista: <i>\$0 de copago por visita</i>	Visitas al médico de atención primaria: <i>\$0 de copago por visita</i> Visitas al especialista: <i>\$0 de copago por visita</i>
Estadía de pacientes hospitalizados Incluye servicios para pacientes agudos, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales para cuidados 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.	<i>\$0 de copago para atención de pacientes hospitalizados</i>	<i>\$0 de copago para atención de pacientes hospitalizados</i>

Costo	2018 (el presente año)	2019 (el año próximo)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (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"> • Medicamento de categoría 1: \$0 o \$1.25 o \$3.35 • Medicamento de categoría 2: \$0 o \$1.25 o \$3.35 • Medicamento de categoría 3: \$0 o \$3.70 o \$8.35 • Medicamento de categoría 4: \$0 o \$3.70 o \$8.35 • Medicamento de categoría 5: \$0 o \$3.70 o \$8.35 	<p>Deducible: \$0</p> <p><i>Copagos</i> durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento de categoría 1: \$0 o \$1.25 o \$3.40 • Medicamento de categoría 2: \$0 o \$1.25 o \$3.40 • Medicamento de categoría 3: \$0 o \$3.80 o \$8.50 • Medicamento de categoría 4: \$0 o \$3.80 o \$8.50 • Medicamento de categoría 5: \$0 o \$3.80 o \$8.50
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo 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>\$3,000</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo respecto del monto máximo de dichos gastos en cuanto a los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$3,000</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo respecto del monto máximo de dichos gastos en cuanto a los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B.</p>

Aviso Anual de Cambios para 2019

Índice

Resumen de costos importantes para 2019	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el año próximo	4
Sección 1.1: cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2: Cambios en su monto máximo de gastos 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: cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	6
Sección 1.6: cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.....	8
SECCIÓN 2 Cambios Administrativos	12
SECCIÓN 3 Cambios en sus beneficios de Medicaid.....	13
SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir	14
Sección 4.1: <i>si desea permanecer en el Plan True Blue Special Needs</i>	14
Sección 4.2: si desea cambiar de plan.....	14
SECCIÓN 5 Cambio de Planes.....	15
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare y Medicaid	16
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	16
SECCIÓN 8 ¿Tiene alguna pregunta?.....	17
Sección 8.1: ayuda del <i>Plan True Blue Special Needs</i>	17
Sección 8.2: Ayuda de Medicare	18
Sección 8.3: Ayuda de Medicaid	18

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

Sección 1.1: cambios en la prima mensual

Costo	2018 (el presente año)	2019 (el año próximo)
Prima mensual (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 gastos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto dinero 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	2018 (el presente año)	2019 (el año próximo)
Monto máximo de gastos de bolsillo	\$3,000	\$3,000
Debido a que nuestros afiliados también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan este monto máximo de gastos de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo respecto del monto máximo de dichos gastos 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 gastos de bolsillo. Los gastos por medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo.		Una vez que usted haya pagado \$3,000 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

Habrán 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. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada del prestador o para solicitar que le enviemos por correo postal un Directorio de Prestadores. **Revise el Directorio de prestadores 2019 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 forman 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 abandona el plan para que usted tenga tiempo de elegir uno nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un prestador nuevo calificado para que siga gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si se encuentra bajo un tratamiento médico, tiene derecho a 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 para reemplazar al anterior o que la atención médica que este nuevo prestador le brinda no es la adecuada, tiene derecho a apelar nuestra determinación.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un prestador nuevo y a administrar su atención.

Sección 1.4: cambios en la red de farmacias

Los montos que usted paga por los 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 medicamentos recetados 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. 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. **Consulte el Directorio de Farmacias de 2019 para ver las farmacias que están en nuestra red.**

Sección 1.5: cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que la *Notificación anual de los cambios* solo le indica los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Cambiaremos nuestra cobertura de determinados servicios médicos para el año próximo. La información que aparece a continuación describe dichos cambios. Para obtener información más detallada sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que paga)*, en su *Evidencia de Cobertura de 2019*. En este sobre se incluye una copia de la *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2018 (el presente año)	2019 (el año próximo)
<i>Servicios audiológicos</i> <i>Examen de audición de rutina</i>	El examen de audición de rutina <u>no</u> se cubre.	<p>Usted pagará un copago de \$45 por un examen de audición de rutina por año.</p> <p>Para recibir el beneficio del examen de audición de rutina, debe usar un prestador de TruHearing.</p> <p>El copago que usted abona por un examen de audición de rutina no se aplica al monto máximo de gastos de bolsillo.</p>
<i>Servicios audiológicos</i> <i>Audífonos</i>	Los audífonos <u>no</u> están cubiertos.	<p>Paga un copago de \$699 por audífono para los Audífonos TruHearing Advanced.</p> <p>Paga un copago de \$999 por audífono para los Audífonos TruHearing Premium.</p> <p>Este beneficio está limitado a dos audífonos TruHearing por año (uno por oído por año).</p> <p>El copago que usted abona por audífonos no se aplica al monto máximo anual de gastos de bolsillo.</p>

Costo	2018 (el presente año)	2019 (el año próximo)
Comidas <i>Prevención de la readmisión hospitalaria</i>	Las comidas para la prevención de la readmisión <u>no están cubiertas</u> .	Paga un copago de \$0 por las comidas para la prevención de la readmisión. El beneficio de comidas dura 28 días y proporciona un máximo de 56 comidas (el plan puede autorizar hasta 4 semanas de comidas después del alta)
Artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)	El beneficio de artículos de venta libre (OTC) <u>no</u> está cubierto	Usted recibirá una asignación de \$60 cada tres meses
Servicios de podología <i>Cuidado de rutina de los pies</i>	El cuidado de rutina de los pies <u>no</u> está cubierto	Paga un copago de \$0 por cuidado de rutina de los pies (6 visitas por año)
Terapia de ejercicio supervisada (SET, por sus siglas en inglés)	<i>La Terapia de ejercicio supervisada para la Enfermedad arterial periférica sintomática</i> <u>no</u> está cubierta	Paga un copago de \$0 por Terapia de ejercicio supervisada (SET) cubierta para consultas por Enfermedad arterial periférica sintomática (PAD, por sus siglas en inglés).
Transporte	El transporte <u>no</u> está cubierto	Paga un copago de \$0 por transporte. El transporte incluye 30 viajes de ida por año a lugares aprobados por el plan (Modo: taxi, camioneta, transporte médico)
Atención de emergencia/urgencia a nivel mundial recibidas fuera de los Estados Unidos o los territorios de los Estados Unidos	EL plan no tiene un monto de cobertura máximo para el beneficio	Monto máximo de cobertura del beneficio del plan: \$25,000

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 llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia del Listado de Medicamentos de forma electrónica.

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 otra persona que recete medicamentos) y solicitarle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Instamos a los afiliados actuales** a solicitar una excepción antes del año próximo.
 - 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, 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 afección médica.

En algunos casos, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento que no se encuentra en el vademécum farmacológico 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 2019, los afiliados que se encuentran en centros de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) recibirán ahora un suministro temporal que es la misma cantidad de días provistos en todos los demás casos: *suministro para 31 días* en lugar de la cantidad proporcionada en 2018 (*98 días de suministro* de la medicación). (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 hacer 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 el medicamento actual.

Las excepciones al vademécum farmacológico aprobadas en el año 2018 son válidas durante un año desde su fecha de aprobación en 2018. Cuando su excepción al vademécum farmacológico aprobada en 2018 caduque en 2019, usted y su prestador pueden solicitar al plan una nueva excepción al vademécum.

La mayoría de los cambios de la Lista de medicamentos son nuevos a comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

A partir de 2019, es posible que eliminemos de inmediato de nuestra Lista de medicamentos un medicamento de marca si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un medicamento genérico que tenga la misma categoría de costo compartido o inferior y las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero cambiarlo inmediatamente a una categoría de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Esto significa que si está tomando el medicamento de marca que será reemplazado por el nuevo genérico (o si cambia la categoría o la restricción del medicamento de marca), ya no siempre recibirá notificación del cambio 60 días antes de que lo hagamos o recibamos una reposición de 60 días del medicamento de marca que usted necesita en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, aún recibirá información sobre el cambio específico que hagamos, pero puede llegarle luego de que los cambios se realicen.

Además, a partir de 2019, antes de que hagamos otro cambio durante el año en nuestra Lista de medicamentos que requiera que le proporcionemos un aviso anticipado en caso de que esté tomando el medicamento, le avisaremos con 30 días de anticipación, en lugar de 60 días antes de que hagamos el cambio. O le daremos una reposición de 30 días, en lugar de 60 días, del medicamento de marca que usted necesita en una farmacia de la red.

Cuando hagamos esos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, puede trabajar con su médico (o la persona que prescribe el medicamento) y solicitar que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. Además, continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea de acuerdo a lo programado y proporcionaremos otra información necesaria que refleje los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer a la Lista de medicamentos, vea el capítulo 5, Sección 6 de la Evidencia de Cobertura).

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: si está inscrito en un programa que ayuda a pagar los 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 reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados” (también llamada “Cláusula sobre subsidios para personas de bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre el costo de los medicamentos. Debido a que usted recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este cuadernillo antes del *30 de septiembre de 2018*, 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	2018 (el presente año)	2019 (el año próximo)
Etapa 1: etapa de deducible anual	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	2018 (el presente año)	2019 (el año próximo)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga parte del costo de sus medicamentos y usted paga la parte del costo que le corresponde.</p> <p>Los costos en esta fila son para el suministro de 1 mes (30 días) cuando adquiera los medicamentos recetados en una farmacia de la red que ofrezca un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos para un suministro a largo plazo o para un pedido de medicamentos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</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>Genérico preferencial: Usted paga \$0 o \$1.25 o \$3.35 por medicamento recetado.</p> <p>Genéricos: Usted paga \$0 o \$1.25 o \$3.35 por medicamento recetado.</p> <p>Marca preferencial: Usted paga \$0 o \$3.70 o \$8.35 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos no preferenciales: Usted paga \$0 o \$3.70 o \$8.35 por medicamento recetado.</p> <p>Categoría especial: Usted paga \$0 o \$3.70 o \$8.35 por medicamento recetado.</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>	<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>Genérico preferencial: Usted paga \$0 o \$1.25 o \$3.40 por medicamento recetado.</p> <p>Genéricos: Usted paga \$0 o \$1.25 o \$3.40 por medicamento recetado.</p> <p>Marca preferencial: Usted paga \$0 o \$3.80 o \$8.50 por medicamento recetado.</p> <p>Medicamentos no preferenciales: Usted paga \$0 o \$3.80 o \$8.50 por medicamento recetado.</p> <p>Categoría especial: Usted paga \$0 o \$3.80 o \$8.50 por medicamento recetado.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$5,100 de su 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	2018 (el presente año)	2019 (el año próximo)
<i>Atención de agencias de atención médica domiciliaria</i>	<i>Se requiere autorización previa</i>	<i>No es necesaria una autorización previa</i>
<i>Atención de pacientes hospitalizados</i>	<i>El período de beneficio finaliza cuando: Usted no ha estado en un centro de internación durante 60 días consecutivos o ha permanecido en uno y no ha recibido atención durante 60 días consecutivos.</i>	<i>El período de beneficios es por admisión o por estadía, sin costo compartido el día del alta</i>
<i>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</i>	<i>El período de beneficio finaliza cuando: Usted no ha estado en un centro de internación durante 60 días consecutivos o ha permanecido en uno y no ha recibido atención durante 60 días consecutivos.</i>	<i>El período de beneficios es por admisión o por estadía, sin costo compartido el día del alta</i>
<i>Servicio de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje</i>	<i>Es necesaria una autorización previa para servicios que superen los límites tope de tratamiento de Medicare</i>	<i>No es necesaria una autorización previa</i>

Costo	2018 (el presente año)	2019 (el año próximo)
<i>La Transición de la Parte D debe completarse para el cuidado a largo plazo (LTC) (Para los nuevos afiliados dentro de los primeros 90 días)</i>	<i>La LTC es de 98 días</i>	<i>La LTC es de 31 días</i>
<i>Cobertura de medicamentos recetados mientras se está en un crucero</i>	<i>Sin cobertura</i>	<i>Cubriremos hasta \$500 de medicamentos recetados médicamente necesarios que usted adquiera mientras esté en un crucero.</i>
<i>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</i>	<i>El período de beneficio finaliza cuando: usted no ha estado en un centro de enfermería especializada durante 60 días consecutivos o ha permanecido en uno y no ha recibido atención especializada durante 60 días consecutivos</i>	<i>El período de beneficios es por admisión o por estadía, sin costo compartido el día del alta</i>
<i>Beneficio de visitante/viajero</i>	<i>Este beneficio tiene una cobertura máxima de \$1,000 por cada año calendario</i>	<i>Este beneficio tiene una cobertura máxima de \$2,500 por cada año calendario</i>

SECCIÓN 3 Cambios en sus beneficios de Medicaid

Costo	2018 (el presente año)	2019 (el año próximo)
<i>Servicios de administración de casos de salud del comportamiento</i>	<i>Es necesaria una autorización previa. Se requiere una Notificación de determinación válida que autorice los servicios.</i>	<i>No es necesaria una autorización previa.</i>

Costo	2018 (el presente año)	2019 (el año próximo)
<i>Servicios ambulatorios de salud del comportamiento en la comunidad</i>	<i>Es necesaria una autorización previa. Se requiere una Notificación de determinación válida que autorice los servicios.</i>	<i>Es posible que sea necesaria una autorización previa.</i>
<i>Coordinación de servicios dirigidos de discapacidades del desarrollo (TSC, por sus siglas en inglés)</i>	<i>Copago de \$0 para la coordinación de servicios dirigidos cubiertos por Medicaid.</i>	<i>La coordinación de servicios dirigidos ya no está cubierta por el Plan True Blue Special Needs.</i> <i>Si usted califica, este beneficio será proporcionado directamente por el Programa de Medicaid del Estado de Idaho a partir del 1° de enero de 2019.</i>

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1: si desea permanecer en el Plan True Blue Special Needs

Para permanecer en nuestro plan, no es necesario hacer nada. Si no se afilia a un plan diferente ni se cambia a Original Medicare, queda automáticamente inscrito como afiliado de nuestro plan para 2019.

Sección 4.2: si desea cambiar de plan

Esperamos seguir contando con usted como afiliado el año próximo, pero si desea cambiar en 2019, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

- Puede afiliarse a un plan de salud de Medicare diferente,
- -- O--o puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si desea afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare.

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 2019*, llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (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 médicos de Medicare. Estos otros planes podrán 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*.
- 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*.
- Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud de baja de afiliación por escrito. Comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente si necesita información adicional sobre cómo hacerlo (los números telefónicos están en la Sección 8.1 de este cuadernillo).
 - -- o -- ponerse en contacto con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicitar su baja de afiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia al Original Medicare o **no** se afilia en 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 Cambio de Planes

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde ahora hasta el 31 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2019.

¿Hay otros momentos del año en los que se puede realizar un cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, que reciban “Ayuda adicional” para pagar los medicamentos, aquellas

que hayan dejado o dejen la cobertura del empleador y aquellas que se muden del área de servicio podrán hacer un cambio en otros momentos del año. A partir de 2019, habrá nuevos límites sobre la frecuencia con que puede cambiar de planes. Para obtener más información, consulte el capítulo 10, sección 2.1 de la *Evidencia de Cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no le agrada su elección del plan, puede cambiar a otro plan médico de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte el capítulo 10, sección 2.3 de la *Evidencia de Cobertura*.

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 asesores capacitados en cada estado. En *Idaho*, SHIP se llama *Consejeros de Asistencia sobre Beneficios del Seguro Médico para Personas de la Tercera Edad* (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 recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a personas con Medicare. Los asesores de SHIBA pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarlo 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 deben llamar al 711. Consulte cómo se verá afectada su cobertura *Medicaid de Idaho* si se inscribe en otro plan o vuelve tener 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 los 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 al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - consulte 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 constancia 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 están calificados 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*

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Servicio de Atención 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 2019 (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 2019. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura para el Plan True Blue Special Needs* de 2019. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe respetar para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web www.truebluesnp.com. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para que le enviemos copia de nuestra *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en 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 (Vademécum farmacológico/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 médicos de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su zona mediante el localizador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para consultar la información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes médicos y de medicamentos”).

Lea *Medicare y usted 2019*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2019*. En otoño de cada año 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 de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 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, de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Nondiscrimination Statement: Discrimination is Against the Law

Blue Cross of Idaho complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. Blue Cross of Idaho does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.

Blue Cross of Idaho:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Blue Cross of Idaho's Customer Service Department. Call 1-888-494-2583 (TTY: 1-800-377-1363), or call the customer service phone number on the back of your card.

If you believe that Blue Cross of Idaho has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with Blue Cross of Idaho's Grievances and Appeals

Department at:

Manager, Grievances and Appeals
3000 East Pine Avenue, Meridian, Idaho 83642
Telephone: (800) 274-4018 ext.3838, Fax: (208) 331-7493
Email: grievances&appeals@bcidaho.com
TTY: 1-800-377-1363

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, our Grievances and Appeals team is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TTY). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Reference: <https://federalregister.gov/a/2016-11458>

ATTENTION: If you speak Arabic, Chinese, French, German, Korean, Japanese, Persian (Farsi), Romanian, Russian, Serbo-Croatian, Spanish, Sudanese, Tagalog, Ukrainian, or Vietnamese, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-494-2583 (TTY: 1-800-377-1363).

Arabic

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

Chinese 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)。

French 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).

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

Japanese 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。

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

1-888-494-2583 تماس بگيرد. توجه: اگر به ايزن فارسی گفتگو می دينک، تسهيلات ي نابز و صديرت انگي ارن برياشما فرا مهمی دشابا. (TTY: 1-800-377-1363)

Romanian 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).

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

Serbo-Croatian 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).

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

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

Tagalog 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).

Ukrainian 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).

Vietnamese 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).

Persian-Farsi



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