

Notificación anual de cambios para 2018

En este momento, usted está inscrito como miembro de Cigna-HealthSpring Preferred. El próximo año, los costos y los beneficios del plan sufrirán algunos cambios. *Este cuadernillo le brinda información sobre los cambios.*

- **Usted podrá realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**
-

Qué tiene que hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios le afectan.

- Fíjese qué cambios se hicieron en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que pueda cubrir sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted usa?
 - En las Secciones 1.1 y 1.5 encontrará información sobre los cambios en los beneficios y los costos que se implementarán en nuestro plan.
- Fíjese en el cuadernillo qué cambios se hicieron en nuestra cobertura de medicamentos con receta para ver si le afectan.
 - ¿Los medicamentos que toma estarán cubiertos?
 - ¿Los medicamentos que toma están en un nivel diferente, con costos compartidos diferentes?
 - ¿Alguno de los medicamentos que toma tiene restricciones nuevas, como necesitar nuestra aprobación antes de que le despachen su receta?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay algún cambio en el costo de usar esta farmacia?
 - Consulte la Lista de medicamentos de 2018 y, en la Sección 1.6, encontrará información sobre los cambios que se implementarán en nuestra cobertura de medicamentos.
- Piense en sus costos de atención médica totales.
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo para pagar los servicios y los medicamentos con receta que usa regularmente?

H0354_18_57109S Alternate Format

- ¿Cuánto gastará en su prima y en los deducibles?
- En cuanto a los costos totales de su plan, ¿qué diferencia hay con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes.

- Consulte la cobertura y los costos de los planes disponibles en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada del Localizador de planes de Medicare que se encuentra 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 incluida en la parte de atrás del manual Medicare y usted.
 - En la Sección 2.2 podrá obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que haya encontrado un plan preferido, confirme sus costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan.

- Si desea **conservar** Cigna-HealthSpring Preferred, no es necesario que haga nada. Seguirá siendo miembro de Cigna-HealthSpring Preferred.
- Si desea cambiar por **otro plan** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, podrá hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, afíliase a un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2017**.

- Si **no se afilia antes del 7 de diciembre de 2017**, seguirá siendo miembro de Cigna-HealthSpring Preferred.
- Si **se afilia antes del 7 de diciembre de 2017**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2018.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-800-627-7534 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 15 de febrero al 30 de septiembre el horario de atención es de lunes a viernes). Del 1 de octubre al 14 de febrero el horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local; los sábados, de 8 a.m. a 6 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
- Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para quienes no hablan inglés.
- Podemos suministrarle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos si la necesita.
- **La cobertura en virtud de este Plan reúne los requisitos para ser considerada una cobertura esencial mínima (MEC, por sus siglas en inglés)** y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de Cigna-HealthSpring Preferred

- Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato.
- Cuando en este cuadernillo se usen las palabras “nosotros”, “nuestro” o “nos”, se estará haciendo referencia a Cigna HealthCare of Arizona, Inc. Cuando se use “plan” o “nuestro plan”, se estará haciendo referencia a Cigna-HealthSpring Preferred.

Resumen de costos importantes para 2018

La siguiente tabla compara los costos de 2017 con los costos de 2018 de Cigna-HealthSpring Preferred (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los cambios. Es importante que lea el resto de esta *Notificación anual de cambios* y que consulte la *Evidencia de cobertura* adjunta para ver si le afecta algún otro cambio en los beneficios o en los costos.**

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser más alta o más baja que este importe. Consulte los detalles en la Sección 1.1.	\$0	\$0
Desembolso máximo Lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte los detalles en la Sección 1.2).	\$5,000	\$3,950
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$30 por visita	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$30 por visita
Hospitalizaciones como paciente internado Incluye los servicios hospitalarios para pacientes internados con afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria como paciente internado comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día antes de ser dado de alta es su último día como paciente internado.	\$250/día, días 1 a 7 \$0/día, días 8 a 90	\$200/día, días 1 a 7 \$0/día, días 8 a 90

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte los detalles en la Sección 1.6).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/co-seguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel de medicamento 1 Opción estándar de costo compartido: \$10 Opción preferida de costo compartido: \$5</p> <p>Nivel de medicamento 2 Opción estándar de costo compartido: \$20 Opción preferida de costo compartido: \$15</p> <p>Nivel de medicamento 3 Opción estándar de costo compartido: \$47 Opción preferida de costo compartido: \$42</p> <p>Nivel de medicamento 4 Opción estándar de costo compartido: \$100 Opción preferida de costo compartido: \$95</p> <p>Nivel de medicamento 5 Opción estándar de costo compartido: 33% Opción preferida de costo compartido: 33%</p>	<p>Deducible: \$200</p> <p>Copago/co-seguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel de medicamento 1 Opción estándar de costo compartido: \$7 Opción preferida de costo compartido: \$2</p> <p>Nivel de medicamento 2 Opción estándar de costo compartido: \$15 Opción preferida de costo compartido: \$10</p> <p>Nivel de medicamento 3 Opción estándar de costo compartido: \$47 Opción preferida de costo compartido: \$42</p> <p>Nivel de medicamento 4 Opción estándar de costo compartido: \$100 Opción preferida de costo compartido: \$95</p> <p>Nivel de medicamento 5 Opción estándar de costo compartido: 29% Opción preferida de costo compartido: 29%</p>

Notificación anual de cambios para 2018
Índice

Resumen de costos importantes para 2018	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año.....	4
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2 – Cambios en su desembolso máximo.....	4
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores	5
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	5
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos	6
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D...	7
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir	11
Sección 2.1 – Si quiere quedarse con Cigna-HealthSpring Preferred	11
Sección 2.2 – Si quiere cambiar de plan.....	11
SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan.....	12
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare..	12
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	12
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?	13
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Cigna-HealthSpring Preferred	13
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare.....	14

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año**Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual**

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Prima mensual (Usted además debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

- La prima mensual de su plan será más alta en caso de que deba pagar una multa por inscripción tardía para la Parte D de por vida por no haber tenido otra cobertura de medicamentos que sea, al menos, igual de buena que la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más, si se inscribe en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare en el futuro.
- Si tiene un ingreso superior, es posible que deba pagarle directamente al gobierno una suma adicional por mes por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será más baja si está recibiendo “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos con receta.

Sección 1.2 – Cambios en su desembolso máximo

Con el objetivo de protegerle, Medicare les exige a todos los planes de salud que limiten lo que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se llama “desembolso máximo”. Una vez que usted alcance esta suma, generalmente no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Desembolso máximo Sus costos por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B (como los copagos) se computan para su desembolso máximo. La prima de su plan y sus costos por los medicamentos con receta no se computan para su desembolso máximo.	\$5,000	\$3,950* Una vez que haya pagado \$3,950 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores sufrirá algunos cambios para el próximo año. Podrá encontrar un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web www.cignahealthspring.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedir información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos un Directorio de proveedores por correo. **Consulte el Directorio de proveedores/farmacias de 2018 para averiguar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) pertenecen a nuestra red.**

Es importante que sepa que es posible que hagamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varios motivos por los cuales su proveedor puede irse de su plan; pero si su médico o especialista efectivamente se van de su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare exige que le garanticemos un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para notificarle que su proveedor dejará de pertenecer a nuestro plan con una anticipación de al menos 30 días, para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que siga manejando sus necesidades de atención médica.
- Si usted se está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que se esté realizando. Nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si usted cree que no le hemos ofrecido un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que no se están manejando adecuadamente sus necesidades de atención médica, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista se irá de su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y a manejar sus necesidades de atención médica.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta puede depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *únicamente* si le despachan la receta en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con opciones preferidas de costo compartido, que pueden ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red por algunos medicamentos.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el año próximo. Podrá encontrar un Directorio de proveedores/farmacias actualizado en nuestro sitio web www.cignahealthspring.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos un Directorio de proveedores/farmacias por correo. **Consulte el Directorio de proveedores/farmacias de 2018 para averiguar qué farmacias pertenecen a nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos

La cobertura de determinados servicios médicos cambiará el próximo año. La información incluida a continuación describe estos cambios. Para conocer detalles de la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, de su *Evidencia de cobertura de 2018*.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Servicios de ambulancia	Usted paga \$300 por cada viaje de ida.	Usted paga \$250 por cada viaje de ida.
Centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga de \$0 a \$75 por los servicios realizados en un centro quirúrgico ambulatorio contratado	Usted paga de \$0 a \$150 por los servicios realizados en un centro quirúrgico ambulatorio contratado
Sala de emergencias	<p>Usted paga \$75 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$75 por cada visita a la sala de emergencias en todo el mundo.</p> <p>Usted paga \$75 por cada servicio de transporte de emergencia en todo el mundo.</p>	<p>Usted paga \$80 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$80 por cada visita a la sala de emergencias en todo el mundo.</p> <p>Usted paga \$80 por cada servicio de transporte de emergencia en todo el mundo.</p>
Atención hospitalaria como paciente internado	<p>Usted paga \$250 por día por los días 1 a 7 de cada estadía como paciente internado en un hospital con contrato.</p> <p>Usted paga \$0 por día por los días 8 en adelante de cada estadía como paciente internado en un hospital con contrato.</p>	<p>Usted paga \$200 por día por los días 1 a 7 de cada estadía como paciente internado en un hospital con contrato.</p> <p>Usted paga \$0 por día por los días 8 en adelante de cada estadía como paciente internado en un hospital con contrato.</p>
Exámenes de diagnóstico y suministros y servicios terapéuticos para pacientes en consulta externa	Usted paga \$200 por visita por radiología de alta tecnología (p. ej., tomografías computarizadas, resonancias magnéticas y tomografías por emisión de positrones) en Cigna Medical Group (CMG) o en un establecimiento contratado.	Usted paga \$150 por visita por radiología de alta tecnología (p. ej., tomografías computarizadas, resonancias magnéticas y tomografías por emisión de positrones) en Cigna Medical Group (CMG) o en un establecimiento contratado.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Atención en instalaciones de enfermería especializada (SNF)	<p>Usted paga \$0 por día por los días 1 a 20 de cada período de beneficios en una SNF.</p> <p>Usted paga \$164 por día por los días 21 a 100 de cada período de beneficios en una SNF.</p>	<p>Usted paga \$0 por día por los días 1 a 20 de cada período de beneficios en una SNF.</p> <p>Usted paga \$167 por día por los días 21 a 100 de cada período de beneficios en una SNF.</p>
Atención de urgencia	Usted paga \$75 por servicios de emergencia y de urgencia en todo el mundo.	Usted paga \$80 por servicios de emergencia y de urgencia en todo el mundo.

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. En este sobre encontrará una copia de nuestra Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos que incluimos en este sobre incluye muchos –aunque no la totalidad– de los medicamentos que cubriremos el próximo año. Si no ve algún medicamento que está tomando en esta lista, eso no quiere decir que no esté cubierto. **Para obtener la Lista de medicamentos completa**, llame a Servicio al Cliente (los datos están en la contraportada) o visite nuestro sitio web (www.cignahealthspring.com).

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, que incluyen cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Consulte la Lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que esté tomando estén cubiertos el próximo año y para fijarse si habrá alguna restricción.**

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

- **Trabajar con su médico (u otro profesional que recete medicamentos) y pedirle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Recomendamos a nuestros miembros actuales** que pidan una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a Servicio al Cliente.
- **Trabajar con su médico (u otro profesional que recete medicamentos) para encontrar otro medicamento** que cubramos. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que se usen para tratar la misma afección médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal **por única vez** de un medicamento que no está incluido en el formulario durante los primeros 90 días del año del plan o

los primeros 90 días de membresía para evitar una interrupción en el tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo pedirlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el plazo en que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando este suministro se acabe. Puede cambiar su medicamento por otro cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción en su caso y que cubra su medicamento actual.

Si en 2017 se le otorgó una excepción al formulario, se les tuvo que haber enviado a usted y a su médico una carta de aprobación con la vigencia de la aprobación. Al final del período de vigencia de la aprobación de la excepción al formulario, deberá solicitar una nueva excepción al formulario. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si usted está inscrito en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un documento por separado, llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta” (también llamada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que incluye información sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda Adicional” y todavía no ha recibido este documento al 30 de septiembre, llame a Servicio al Cliente y pida la “Cláusula adicional LIS”. Los números de teléfono de Servicio al Cliente están en la Sección 6.1 de este cuadernillo.

Hay cuatro “etapas en el pago de medicamentos”. Lo que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa en el pago de medicamentos en la que se encuentre. (Puede encontrar más información sobre las etapas en la Sección 2 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*).

La información que se incluye a continuación muestra los cambios que se implementarán el año próximo en las primeras dos etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: la Etapa de interrupción de cobertura y la Etapa de cobertura de gastos excedentes. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* adjunta).

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 5 (de especialidad) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>Dado que no tenemos deducible, esta etapa en el pago no se aplica a su caso.</p>	<p>El deducible es de \$200.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo compartido de la Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (consulte la tabla a continuación) por los medicamentos del Nivel 1 (genéricos preferidos), del Nivel 2 (genéricos), del Nivel 3 (de marca preferida) y del Nivel 4 (medicamentos no preferidos), y el costo total de los medicamentos del Nivel 5 (de especialidad) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en el costo compartido de la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el co-seguro, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos de desembolso que usted podría pagar por los medicamentos cubiertos de su Evidencia de cobertura*.

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que pague el deducible anual, pasará a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga la suya.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Genérico preferido: <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$10 por receta. <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$5 por receta.</p> <p>Genérico: <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$20 por receta. <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$15 por receta.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Genérico preferido <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$7 por receta. <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$2 por receta.</p> <p>Genérico: <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$15 por receta. <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$10 por receta.</p>

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Los costos de esta fila corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando le despachan su receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de las recetas de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Marca preferida: <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$47 por receta. <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$42 por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos: <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$100 por receta. <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$95 por receta</p>	<p>Marca preferida: <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$47 por receta. <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$42 por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos: <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$100 por receta. <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$95 por receta.</p>
<p>Algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos cambiaron de nivel. Para saber si los medicamentos que está tomando cambiaron de nivel, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Especialidad: <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga el 33% del costo total. <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga el 33% del costo total.</p> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$3,700, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa de interrupción de cobertura).</p>	<p>Especialidad: <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga el 29% del costo total. <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga el 29% del costo total.</p> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$3,750, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa de interrupción de cobertura).</p>

Cambios en las Etapas de interrupción de cobertura y de cobertura de gastos excedentes

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos –la Etapa de interrupción de cobertura y la Etapa de cobertura de gastos excedentes– son para las personas cuyos costos de medicamentos son elevados. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa de interrupción de cobertura ni a la Etapa de cobertura de gastos excedentes.** Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si quiere quedarse con Cigna-HealthSpring Preferred

Para quedarse en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o no se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, permanecerá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para 2018.

Sección 2.2 – Si quiere cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si quiere cambiar de plan para 2018, siga estos pasos:

Paso 1: Obtenga información sobre sus opciones y compare

- Puede afiliarse a un plan de salud de Medicare diferente,
- –O– Puede cambiar por Original Medicare. Si cambia por Original Medicare, tendrá que decidir si se afiliará 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 de Seguros de Salud Estatal (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede usar el Localizador de planes de Medicare que se encuentra en el sitio web de Medicare para encontrar información sobre los planes de su área. Ingrese en <https://www.medicare.gov> y haga clic en *Find health & drug plans* (Buscar planes de salud y de medicamentos). **Aquí encontrará información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Le recordamos que Cigna HealthCare of Arizona, Inc. ofrece otros planes de salud y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden tener una cobertura, primas mensuales y sumas de costo compartido diferentes.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar por un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el plan nuevo. Su inscripción en Cigna-HealthSpring Preferred se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar por Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en Cigna-HealthSpring Preferred se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar por Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están en la Sección 6.1 de este cuadernillo).

- - O - Comunicarse con **Medicare**, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan

Si usted quiere cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2018.

¿Puedo cambiar en algún otro momento del año?

En algunas situaciones, está permitido hacer cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o dejarán de tener una cobertura del empleador, y las que se mudan del área de servicio pueden hacer cambios en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que entrará en vigor el 1 de enero de 2018 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a Original Medicare entre el 1 de enero y el 14 de febrero de 2018. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa de Seguros de Salud Estatal (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental que cuenta con consejeros capacitados en todos los estados. En Arizona, el SHIP se llama State Health Insurance Assistance Program.

El SHIP es independiente (no tiene ninguna conexión con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del Gobierno Federal para ofrecer asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud locales a las personas que tienen Medicare. Los asesores del SHIP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al SHIP al 1-800-432-4040. Para obtener más información sobre el SHIP, visite su sitio web (www.azdes.gov/daas/ship/).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que usted reúna los requisitos para obtener ayuda para pagar sus medicamentos con receta.

“Ayuda Adicional” de Medicare. Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para obtener “Ayuda Adicional” a fin de pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% de los costos de sus medicamentos o un porcentaje mayor, que incluye primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles anuales y co-seguro. Además, quienes reúnan los requisitos no tendrán una interrupción en la cobertura ni deberán pagar una multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los

requisitos para recibir este tipo de ayuda y ni siquiera lo saben. Para averiguar si reúne los requisitos, puede llamar 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.
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
- Su oficina de Medicaid del estado (solicitudes).
- **Asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta para las personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizarles a las personas elegibles para participar en este programa que tienen VIH/SIDA el acceso a los medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Las personas deben cumplir determinados requisitos, como presentar una constancia de residencia en el estado y de que tienen VIH, tener bajos ingresos según lo definido por el estado y demostrar que no tienen seguro o que tienen un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP permiten recibir asistencia con los costos compartidos de los medicamentos a través del ADAP de Arizona. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-334-1540.

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Cigna-HealthSpring Preferred

¿Tiene preguntas? Estamos para servirle. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-627-7534 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. El horario de atención es de lunes a viernes, del 15 de febrero al 30 de septiembre (los fines de semana y los feriados hay un sistema de correo de voz). Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Esta *Notificación anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios que sufrirán sus beneficios y costos en 2018. Para conocer más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* 2018 de Cigna-HealthSpring Preferred. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que tiene que seguir para recibir servicios cubiertos y medicamentos con receta. En este sobre encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.cignahealthspring.com. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre 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:

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>). El sitio tiene información sobre costo, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede usar el Localizador de planes de Medicare que se encuentra en el sitio web de Medicare para encontrar información sobre los planes disponibles en su área. (Para ver información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en *Find health & drug plans* (Buscar planes de salud y de medicamentos)).

Lea *Medicare y usted 2018*

Puede leer el Manual *Medicare y usted 2018*. Este manual se envía por correo a las personas que tienen Medicare en otoño de todos los años. Contiene un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y protecciones, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este Manual, puede conseguirla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando 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.