

Cigna-HealthSpring Preferred (PPO) ofrecido por Cigna-HealthSpring

NOTIFICACIÓN ANUAL DE MODIFICACIONES PARA 2018

Usted se encuentra actualmente inscrito como miembro de Cigna-HealthSpring Preferred (PPO). El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este libro le informa sobre los cambios.*

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar los cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué debe hacer

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan a usted.
 - Es importante que revise su cobertura ahora, para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información sobre los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan.
- Verifique en el libro los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan a usted.
 - ¿Sus medicamentos tendrán cobertura?
 - ¿Sus medicamentos se encuentran en otro nivel, con una participación en los costos diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como necesitar aprobación nuestra antes de poder surtir sus medicamentos?
 - ¿Puede continuar utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por utilizar esta farmacia?
 - Consulte la Lista de medicamentos para 2018 y busque la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Verifique si sus médicos y demás proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos están en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales y demás proveedores que usted usa?
 - Consulte la Sección 1.3 para más información sobre nuestro *Directorio de farmacias y proveedores*.
- Piense en los costos totales de atención médica del plan.
 - ¿Cuánto gastará en forma directa por los servicios y medicamentos recetados que utiliza en forma regular?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está conforme con nuestro plan.

H7787_18_55152S Alternate Format

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Utilice la función de búsqueda personalizada del Buscador de planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”.
 - Consulte la lista al dorso de su manual Medicare y Usted.
 - En la Sección 3.2 encontrará información sobre sus opciones.

- Una vez que reduzca su opción al plan que prefiera, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan

- Si desea **mantener** Cigna-HealthSpring Preferred (PPO), no tiene que hacer nada. Permanecerá en Cigna-HealthSpring Preferred (PPO).
- Para cambiarse a **otro plan** que satisfaga mejor sus necesidades, puede cambiar de planes entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de planes, opte por un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2017**

- Si para el **7 de diciembre de 2017 no se inscribe a ningún plan**, permanecerá en Cigna-HealthSpring Preferred (PPO).
- Si se **inscribe para el 7 de diciembre de 2017**, su nueva cobertura comenzará el 1ro de enero de 2018.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin cargo en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicio de Atención al Cliente al 1-800-668-3813. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario es desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, los 7 días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, sábado de 8 a.m. a 6 p.m. hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana, después del horario laboral y en los feriados federales.
- Para obtener información de parte nuestra de una manera que le resulte conveniente, llame al Servicio de Atención al Cliente (los números de teléfono figuran en la Sección 7.1 de este libro). Podemos brindarle información en braille, impresa en letras grandes u otros formatos alternativos si lo necesita.
- **La cobertura bajo este plan califica como cobertura esencial mínima (MEC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida para personas particulares de la Ley de protección al paciente y cuidado de salud a bajo precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Sobre Cigna-HealthSpring Preferred (PPO)

- 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 este libro dice “nosotros” o “nuestro”, significa Cigna-HealthSpring. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Cigna-HealthSpring Preferred (PPO).
-

Resumen de costos importantes para 2018

La tabla siguiente compara los costos del año 2017 con los costos del año 2018 para Cigna-HealthSpring Preferred (PPO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solamente un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de esta Notificación anual de modificaciones** y revisar la *Constancia de cobertura* adjunta, para ver si otros cambios de costos o beneficios lo afectan a usted.

Costo	2017 (este año)	2018 (el próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para más detalles.	\$30	\$35
Deducible	\$1,000 fuera de la red	\$1,000 fuera de la red
Monto máximo de sus costos directos Este es el monto <u>máximo</u> que usted pagará de forma directa por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para más detalles).	De proveedores de la red: \$3,400 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$5,100	De proveedores de la red: \$4,900 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$6,700
Visitas al consultorio médico	<u>Dentro de la red:</u> Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta Consultas al especialista: \$40 de copago por consulta <u>Fuera de la red:</u> Consultas de atención primaria: 50% de coseguro por consulta Consultas al especialista: 50% de coseguro por consulta	<u>Dentro de la red:</u> Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta Consultas al especialista: \$40 de copago por consulta <u>Fuera de la red:</u> Consultas de atención primaria: 50% de coseguro por consulta Consultas al especialista: 50% de coseguro por consulta
Estadías hospitalarias para pacientes internados Incluye atención de condiciones agudas para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted es admitido formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a recibir el alta es su último día como paciente internado.	<u>Dentro de la red:</u> \$400 de copago por estadía <u>Fuera de la red:</u> 50% de coseguro por estadía	<u>Dentro de la red:</u> Días 1-4: \$180 de copago por día Días 5-90: \$0 de copago por día <u>Fuera de la red:</u> 50% de coseguro por estadía

Costo	2017 (este año)	2018 (el próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para más detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copagos o coseguros durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 1: <i>Participación en los costos estándar:</i> \$5 de copago <i>Participación en los costos preferida:</i> \$0 de copago • Medicamentos de nivel 2: <i>Participación en los costos estándar:</i> \$9 de copago <i>Participación en los costos preferida:</i> \$4 de copago • Medicamentos de nivel 3: <i>Participación en los costos estándar:</i> \$45 de copago <i>Participación en los costos preferida:</i> \$40 de copago • Medicamentos de nivel 4: <i>Participación en los costos estándar:</i> \$85 de copago <i>Participación en los costos preferida:</i> \$80 de copago • Medicamentos de nivel 5: <i>Participación en los costos estándar:</i> 33% de coseguro <i>Participación en los costos preferida:</i> 33% de coseguro 	<p>Deducible: \$200</p> <p>Copagos o coseguros durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 1: <i>Participación en los costos estándar:</i> \$5 de copago <i>Participación en los costos preferida:</i> \$0 de copago • Medicamentos de nivel 2: <i>Participación en los costos estándar:</i> \$9 de copago <i>Participación en los costos preferida:</i> \$4 de copago • Medicamentos de nivel 3: <i>Participación en los costos estándar:</i> \$45 de copago <i>Participación en los costos preferida:</i> \$40 de copago • Medicamentos de nivel 4: <i>Participación en los costos estándar:</i> \$85 de copago <i>Participación en los costos preferida:</i> \$80 de copago • Medicamentos de nivel 5: <i>Participación en los costos estándar:</i> 29% de coseguro <i>Participación en los costos preferida:</i> 29% de coseguro

Notificación anual de modificaciones para 2018
Índice

Resumen de costos importantes para 2018	3
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año	6
Sección 1.1 Cambios en su prima mensual.....	6
Sección 1.2 Cambios en los montos máximos de sus costos directos	6
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	6
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias.....	7
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos para los servicios médicos	7
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	9
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	12
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	12
Sección 3.1 Si usted decide quedarse con nuestro plan	12
Sección 3.2 Si desea cambiar de planes.....	12
SECCIÓN 4 Plazos para cambiar de planes	12
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	13
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....	13
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	14
Sección 7.1 Cómo obtener ayuda de nuestro plan	14
Sección 7.2 Cómo obtener ayuda de Medicare	14

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

Costo	2017 (este año)	2018 (el próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$30	\$35

- Su prima mensual del plan será *mayor* si tiene que pagar una sanción de por vida por inscripción tardía de la Parte D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea igual o mejor que la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más, si se inscribe en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.
- Si tiene un ingreso mayor, es posible que tenga que pagar un monto adicional todos los meses en forma directa al gobierno, por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” con sus costos de medicamentos recetados.

Sección 1.2 Cambios en los montos máximos de sus costos directos

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga en “costos directos” durante el año. Estos límites se denominan “montos máximos de costos directos”. Una vez usted que haya alcanzado este monto, generalmente usted no pagará nada más por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2017 (este año)	2018 (el próximo año)
Monto máximo de sus costos directos dentro de la red Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) de proveedores de la red se tienen en cuenta para calcular su monto máximo de costos directos dentro de la red. Su prima del plan y sus costos por los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para calcular su monto máximo de costos directos.	\$3,400	\$4,900 Una vez usted haya pagado \$4,900 en costos directos por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, usted no pagará nada más por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red durante el resto del año calendario.
Monto máximo de sus costos directos combinado Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) de proveedores de la red y fuera la red se tienen en cuenta para calcular su monto máximo de costos directos combinados. Su prima del plan no se tiene en cuenta para calcular su monto máximo de costos directos.	\$5,100	\$6,700 Una vez usted haya pagado \$6,700 en costos directos por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, usted no pagará nada más por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red o fuera la red durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Hay algunos cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.cignahealthspring.com encontrará el *Directorio de farmacias y proveedores* actualizado. También puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para recibir información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias y proveedores*. **Consulte el Directorio de farmacias y proveedores 2018 para saber si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Existen algunos motivos por los cuales su proveedor puede dejar el plan pero si su médico o especialista deja su plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare nos exige que le ofrezcamos acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Nos esforzaremos de buena fe por enviarle un aviso al menos 30 días antes de que su proveedor deje nuestro plan, para que usted tenga tiempo de elegir a un nuevo proveedor.
- Lo asistiremos para seleccionar a un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si usted se encuentra realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros trabajaremos con usted para asegurarlo.
- Si cree que no le hemos ofrecido un proveedor calificado en reemplazo de su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de manera adecuada, usted tiene derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista deja su plan, comuníquese con nosotros para que podamos asistirlo para buscar un nuevo proveedor que administre su atención.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con participación en los costos preferida, las cuales pueden ofrecerle una participación en los costos más baja que la participación en los costos estándar ofrecida por otras farmacias de la red por algunos medicamentos.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Encontrará el *Directorio de farmacias y proveedores* actualizado en nuestro sitio web en www.cignahealthspring.com. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente si necesita información actualizada sobre proveedores o para solicitar que se le envíe un *Directorio de farmacias y proveedores* por correo. **Revise el Directorio de farmacias y proveedores 2018 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos para los servicios médicos

Estamos cambiando la cobertura para algunos servicios médicos para el próximo año. La información a continuación describe estos cambios. Para más detalles sobre 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)*, en su *Constancia de cobertura 2018*.

Costo	2017 (este año)	2018 (el próximo año)
Servicios de ambulancia	<u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$175 para cada viaje de ambulancia terrestre de ida o de vuelta cubierto por Medicare.	<u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$170 para cada viaje de ambulancia terrestre de ida o de vuelta cubierto por Medicare.
Servicios de rehabilitación cardíaca	<u>Dentro y fuera de la red</u> No se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP).	<u>Dentro y fuera de la red</u> Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP).
Servicios quiroprácticos	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$20 para cada visita quiropráctica cubierta por Medicare. <u>Fuera de la red</u> Usted paga un coseguro del 50% para cada visita quiropráctica cubierta por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$15 para cada visita quiropráctica cubierta por Medicare. <u>Fuera de la red</u> Usted paga un coseguro del 50% para cada visita quiropráctica cubierta por Medicare.

Costo	2017 (este año)	2018 (el próximo año)
Atención de emergencia	<u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$75 por visitas a una sala de emergencias cubiertas por Medicare.	<u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$80 por visitas a una sala de emergencias cubiertas por Medicare.
Atención hospitalaria para pacientes internados	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$400 por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare. <u>Fuera de la red</u> Usted paga un coseguro del 50% por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de: – Días 1-4: \$180 por día – Días 5-90: \$0 por día Por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare <u>Fuera de la red</u> Usted paga un coseguro del 50% por cada estadía hospitalaria cubierta por Medicare.
Atención de salud mental para pacientes internados	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de: – Días 1-7: \$150 por día – Días 8-90: \$0 por día Por cada estadía hospitalaria de salud mental para pacientes internados cubierta por Medicare <u>Fuera de la red</u> Usted paga un coseguro del 50% por cada estadía hospitalaria de salud mental para pacientes internados cubierta por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de: –Días 1-4: \$180 por día –Días 5-90: \$0 por día Por cada estadía hospitalaria de salud mental para pacientes internados cubierta por Medicare <u>Fuera de la red</u> Usted paga un coseguro del 50% por cada estadía hospitalaria de salud mental para pacientes internados cubierta por Medicare.
Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés)	No ofrecido por Medicare para 2017.	Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios de Medicare elegibles bajo todos los planes de salud de Medicare. MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica para un cambio alimentario a largo plazo, mayor actividad física y estrategias para resolver problemas para superar los desafíos relacionados con un estilo de vida saludable y bajar de peso de manera sostenida. <u>Dentro de la red</u> No hay coseguros, copagos ni deducibles para el beneficio del MDPP. <u>Fuera de la red</u> Usted paga un coseguro del 50% por los servicios preventivos cubiertos por Medicare.

Costo	2017 (este año)	2018 (el próximo año)
Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de: \$0 o \$200 de copago por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. \$0 de copago por electrocardiograma y exámenes de diagnóstico de cáncer colorrectal. \$200 de copago por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico. \$0 o \$200 de copago por los servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare. \$0 de copago por mamografías y ecografías. \$200 de copago por todos los demás servicios radiológicos de diagnóstico.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga un coseguro del 50% por pruebas y procedimientos de diagnóstico, servicios de laboratorio, ecografías, servicios radiológicos de diagnóstico, servicios radiológicos terapéuticos y radiografías cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de: \$0 o \$150 de copago por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. \$0 de copago por electrocardiograma y exámenes de diagnóstico de cáncer colorrectal. \$150 de copago por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico. \$0 o \$150 de copago por los servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare. \$0 de copago por mamografías y ecografías. \$150 de copago por todos los demás servicios radiológicos de medicina nuclear y diagnóstico.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga un coseguro del 50% por pruebas y procedimientos de diagnóstico, servicios de laboratorio, ecografías, servicios radiológicos de medicina nuclear y diagnóstico, servicios radiológicos terapéuticos y radiografías cubiertos por Medicare.</p>
Servicios de rehabilitación pulmonar	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>No se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP).</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Se requiere la remisión de su médico de atención primaria (PCP).</p>
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Días 1-20: \$20 por día - Días 21-100: \$164 por día <p>Para cada estadía en un SNF cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga un coseguro del 50% por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Días 1-20: \$0 por día - Días 21-100: \$167 por día <p>Para cada estadía en un SNF cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga un coseguro del 50% por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare.</p>

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o "Lista de medicamentos". Encontrará un ejemplar de nuestra Lista de medicamentos en este sobre. La Lista de medicamentos que incluimos en este sobre incluye muchos de los medicamentos que cubriremos el próximo año (*pero no todos*). Si no ve su medicamento en esta lista, podría seguir estando cubierto. **Puede obtener la Lista de medicamentos completa** llamando al Servicio de Atención al Cliente (consulte la contraportada) o visitando nuestro sitio web (www.cignahealthspring.com).

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

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

- **Trabajar con su doctor (u otro médico que recete) y solicitar al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Alentamos a los miembros actuales** a que soliciten una excepción antes del año próximo.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Constancia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame al Servicio de Atención al Cliente.
- **Trabajar con su médico (u otro médico que recete) para encontrar un medicamento diferente** que cubrimos. Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal **por una sola vez** de un medicamento que no figura en el formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar un período sin cobertura durante la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Constancia de cobertura*). Durante el tiempo en que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se quede sin su suministro temporal. Puede cambiarse a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y le cubra el medicamento actual.

Si ha recibido una excepción al formulario por un medicamento este año, el pedido de excepción al formulario se aprueba hasta la fecha indicada en la carta de aprobación. Se necesita un pedido de excepción al formulario solo si la fecha indicada en la carta ya ha pasado.

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos para los medicamentos recetados de la Parte D, puede no aplicar para usted.** Le enviamos un folleto por separado, denominado “Cláusula de constancia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar medicamentos recetados” (también denominado “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió el folleto con este paquete, llame al Servicio de Atención al Cliente y pida la “Cláusula LIS”. Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están en la Sección 7.1 de este libro.

Existen cuatro “etapas de pago de medicamentos”. El monto que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentra. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2, de su *Constancia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información que figura a continuación muestra los cambios para el próximo año a las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situación catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Constancia de cobertura* adjunta).

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2017 (este año)	2018 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos en los niveles 4 (no preferidos) y 5 (de especialidad) hasta que alcance el deducible anual.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	El deducible es de \$200. Durante esta etapa, usted paga la participación en los costos de la Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (consulte la tabla a continuación) para los medicamentos de los niveles 1 (genéricos preferidos), 2 (genéricos) y 3 (de marca preferida), y el costo total de los medicamentos en los niveles 4 (no preferidos) y 5 (de especialidad) hasta que alcance el deducible anual.

Cambios en su participación en los costos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos directos que puede pagar por sus medicamentos cubiertos de su Constancia de cobertura*

Etapa	2017 (este año)	2018 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que haya pagado el deducible anual, usted pasará a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga la suya.</p> <p>Los costos de esta fila son por un suministro de un mes (30 días), cuando usted surte su medicamento recetado en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos por un suministro a largo plazo o por los medicamentos recetados pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5, de su <i>Constancia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Sus costos por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</p> <p><i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$5 por medicamento recetado.</p> <p><i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos):</p> <p><i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$9 por medicamento recetado.</p> <p><i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$4 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos):</p> <p><i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$45 por medicamento recetado.</p> <p><i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$40 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos):</p> <p><i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$85 por medicamento recetado.</p> <p><i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$80 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 5 (nivel de especialidad):</p> <p><i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga el 33% del costo total.</p> <p><i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga el 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$3,700, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de período sin cobertura).</p>	<p>Sus costos por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):</p> <p><i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$5 por medicamento recetado.</p> <p><i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 2 (medicamentos genéricos):</p> <p><i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$9 por medicamento recetado.</p> <p><i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$4 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos):</p> <p><i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$45 por medicamento recetado.</p> <p><i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$40 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 4 (medicamentos no preferidos):</p> <p><i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga \$85 por medicamento recetado.</p> <p><i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga \$80 por medicamento recetado.</p> <p>Nivel 5 (nivel de especialidad):</p> <p><i>Participación en los costos estándar:</i> Usted paga el 29% del costo total.</p> <p><i>Participación en los costos preferida:</i> Usted paga el 29% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$3,750, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de período sin cobertura).</p>

Cambios en la Etapa de período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situación catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la Etapa de período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situación catastrófica) son para las personas que tienen costos de medicamentos elevados. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa de período sin cobertura ni la Etapa de cobertura en situación catastrófica.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de su *Constancia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Consulte la tabla a continuación para ver otros cambios importantes en su plan.

Proceso	2017 (este año)	2018 (el próximo año)
Cambio de dirección postal: Servicio de Atención al Cliente	Cigna-HealthSpring Attn: Customer Service P.O. Box 20002 Nashville, TN 37202	Cigna-HealthSpring Attn: Member Services P.O. Box 2888 Houston, TX 77252
Servicio de medicamentos por pedido por correo	El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite que haga un pedido de un suministro para 30 o 90 días .	El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite que haga un pedido de un suministro para 30, 60 o 90 días .

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir**Sección 3.1 Si usted decide quedarse con nuestro plan**

Para permanecer en nuestro plan no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o cambiarse a Original Medicare para el 7 de diciembre, será automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2018.

Sección 3.2 Si desea cambiar de planes

Deseamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar para el 2018, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan diferente de salud de Medicare,
- — O — puede cambiarse a Original Medicare. Si usted se cambia a Original Medicare, deberá decidir entre inscribirse en 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 a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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

Recuerde que Cigna-HealthSpring ofrece otros planes de salud de Medicare y de medicamentos recetados de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de participación en los costos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente, inscribese en el nuevo plan. Automáticamente, será dado de baja de nuestro plan.
- Para cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados, inscribese al nuevo plan de medicamentos. Automáticamente será dado de baja de nuestro plan.
- Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados, usted puede:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para ser dado de baja. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 de este libro).
 - — O — Comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que den de baja su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazos para cambiar de planes

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

¿Existen otras épocas del año en las que puedo realizar un cambio?

En ciertas situaciones, los cambios están permitidos en otros momentos del año. Por ejemplo: las personas con Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que han abandonado la cobertura del empleador o lo están haciendo, y aquellas que se mudan fuera del área de servicio, están autorizadas a realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3, de la *Constancia de cobertura*.

Si se inscribió a un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2018 y no está a gusto con su elección, usted puede cambiarse a Original Medicare entre el 1 de enero y el 14 de febrero de 2018. Para más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Constancia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Texas, el SHIP se llama Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP).

Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) es independiente (no está vinculado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal, para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare. Los asesores de Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) pueden ayudarle a solucionar problemas y responder sus interrogantes sobre Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones del plan de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de planes. Puede llamar a Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) al 1-800-252-3439.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted puede reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación enumeramos distintos tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos y recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted reúne los requisitos, Medicare podría cubrir hasta el 75% o más del costo de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales por medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnen los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni sanción por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos y aún no lo saben. Para averiguar si reúne los requisitos, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana;
 - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, desde las 7 a.m. hasta las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda de su programa estatal de asistencia farmacéutica.** Texas tiene un programa denominado Programa para Atención de Salud Renal (Kidney Health Care Program) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados, según sus necesidades financieras, su edad o su afección médica. Para obtener más información sobre el programa, verifique con su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 5 de este libro).
- **Asistencia de participación en los costos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que los individuos que son elegibles para el programa ADAP que viven con VIH/SIDA, tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan sus vidas. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluso una prueba de residencia en el estado y condición de VIH, bajos ingresos tal como lo define el estado y no contar con seguro o estar infra asegurado. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP, califican para la asistencia de participación en los costos de medicamentos recetados a través del programa Texas HIV Medication Program. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse al programa, comuníquese con el programa Texas HIV Medication Program al 1-800-255-1090.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 Cómo obtener ayuda de nuestro plan

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-800-668-3813 (solo TTY, llame al 711). Atendemos llamadas telefónicas desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, los 7 días de la semana. Desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, sábado de 8 a.m. a 6 p.m. hora local. Puede utilizarse el servicio de mensajes los fines de semana, después del horario laboral y en los feriados federales. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la **Constancia de cobertura de 2018 (contiene detalles sobre los costos y beneficios del próximo año)**

Esta *Notificación anual de modificaciones* le brinda un resumen de los cambios en sus costos y beneficios para el año 2018. Para más detalles, consulte la *Constancia de cobertura* de 2018 para Cigna-HealthSpring Preferred (PPO). La *Constancia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que usted necesita seguir para obtener los servicios y medicamentos recetados cubiertos. En este sobre se incluyó un ejemplar de la *Constancia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.cignahealthspring.com. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de farmacias y proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 Cómo obtener 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, 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>). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área, utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, ingrese en <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos” (“Find health & drug plans”).

Lea *Medicare y Usted 2018*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2018*. Cada año en otoño, este libro se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene un ejemplar de este libro, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Tennessee, Inc., HealthSpring of Alabama, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc., y Bravo Health Pennsylvania, Inc. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.