Cigna-HealthSpring® Rx (PDP)
Planes de medicamentos con receta
de la Parte D de Medicare

Cigna HealthSpring®

Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) ofrecido por Cigna-HealthSpring

NOTIFICACIÓN ANUAL DE MODIFICACIONES PARA 2018

Usted se encuentra actualmente inscrito como miembro de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP). 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 ahora

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 y 2 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 1.3 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

☐ 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.

S5617_18_55195_269S Alternate Format

Form CMS 10260-ANOC/EOC
(Approved 05/2017)

OMB Approval 0938-1051 (Expires: May 31, 2020)
18_A_S5617_269_S

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 Rx Secure-Extra (PDP), no tiene que hacer nada. Permanecerá en Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP).
- 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 Rx Secure-Extra (PDP).
- 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 1-800-222-6700. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Nuestro sistema automatizado de teléfono podrá contestar sus llamadas durante los fines de semana del 15 de febrero al 30 de septiembre.
- Esta información está disponible sin cargo en otro formato, braille o letras grandes. Llame al Servicio de Atención al Cliente al número que figura más adelante, si necesita la información del plan en otro formato.

Sobre Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)
- Cigna-HealthSpring Rx (PDP) es un Plan de medicamentos recetados de Medicare (PDP) con contrato Medicare. 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 Rx Secure-Extra (PDP).

Resumen de costos importantes para 2018

La tabla siguiente compara los costos del año 2017 con los costos del año 2018 para Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) 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.	**$30.20**	**$47.90**
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.3 para más detalles).	Deducible: $50 Copagos o coseguros durante la Etapa de cobertura inicial: • **Medicamentos de nivel 1:** *Participación en los costos estándar:* $15.00 por medicamento recetado *Participación en los costos preferida:* $5.00 por medicamento recetado • **Medicamentos de nivel 2:** *Participación en los costos estándar:* $20.00 por medicamento recetado *Participación en los costos preferida:* $10.00 por medicamento recetado • **Medicamentos de nivel 3:** *Participación en los costos estándar:* $47.00 por medicamento recetado *Participación en los costos preferida:* $42.00 por medicamento recetado • **Medicamentos de nivel 4:** *Participación en los costos estándar:* 50% del costo total *Participación en los costos preferida:* 50% del costo total • **Medicamentos de nivel 5:** *Participación en los costos estándar:* 32% del costo total *Participación en los costos preferida:* 32% del costo total	Deducible: $0 Copagos o coseguros durante la Etapa de cobertura inicial: • **Medicamentos de nivel 1:** *Participación en los costos estándar:* $15.00 por medicamento recetado *Participación en los costos preferida:* $4.00 por medicamento recetado • **Medicamentos de nivel 2:** *Participación en los costos estándar:* $20.00 por medicamento recetado *Participación en los costos preferida:* $10.00 por medicamento recetado • **Medicamentos de nivel 3:** *Participación en los costos estándar:* $47.00 por medicamento recetado *Participación en los costos preferida:* $42.00 por medicamento recetado • **Medicamentos de nivel 4:** *Participación en los costos estándar:* 50% del costo total *Participación en los costos preferida:* 50% del costo total • **Medicamentos de nivel 5:** *Participación en los costos estándar:* 33% del costo total *Participación en los costos preferida:* 33% del costo total

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 **5**
Sección 1.1 Cambios en su prima mensual 5
Sección 1.2 Cambios en la red de farmacias 5
Sección 1.3 Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D 5

SECCIÓN 2 Cambios administrativos **8**

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir **8**
Sección 3.1 Si usted decide quedarse con Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) 8
Sección 3.2 Si desea cambiar de planes 8

SECCIÓN 4 Plazos para cambiar de planes **9**

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare **9**

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados **10**

SECCIÓN 7 ¿Preguntas? **10**
Sección 7.1 Cómo obtener ayuda de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) 10
Sección 7.2 Cómo obtener ayuda de Medicare 10

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 salvo que la pague Medicaid).**	**$30.20**	**$47.90**

- 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 mantener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (también conocida como "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 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, lo cual ofrece una participación en los costos menor a la participación en los costos estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Encontrará un *Directorio de farmacias* actualizado en nuestro sitio web www.cigna.com/part-d. 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* por correo. **Revise el *Directorio de farmacias* 2018 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 1.3 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.cigna.com/part-d).

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 7 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 3, 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 nuevo 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 sus costos de medicamentos. Si usted 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 4, 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 4, 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	El deducible es $50.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

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

Para saber cómo funcionan los copagos y coseguros, consulte el Capítulo 4, 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)
Etapa 2: 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**. 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 4, Sección 5, de su *Constancia de cobertura*. Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.	Sus costos por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red: **Medicamentos de nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):** *Participación en los costos estándar:* Usted paga $15.00 por medicamento recetado. *Participación en los costos preferida:* Usted paga $5.00 por medicamento recetado. **Medicamentos de nivel 2 (medicamentos genéricos):** *Participación en los costos estándar:* Usted paga $20.00 por medicamento recetado. *Participación en los costos preferida:* Usted paga $10.00 por medicamento recetado. **Medicamentos de nivel 3 (medicamentos de marca preferidos):** *Participación en los costos estándar:* Usted paga $47.00 por medicamento recetado. *Participación en los costos preferida:* Usted paga $42.00 por medicamento recetado. **Medicamentos de nivel 4 (medicamentos no preferidos):** *Participación en los costos estándar:* Usted paga el 50% del costo total. *Participación en los costos preferida:* Usted paga el 50% del costo total. **Medicamentos de nivel 5 (nivel de especialidad):** *Participación en los costos estándar:* Usted paga el 32% del costo total. *Participación en los costos preferida:* Usted paga el 32% del costo total. ——————— 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).	Sus costos por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red: **Medicamentos de nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos):** *Participación en los costos estándar:* Usted paga $15.00 por medicamento recetado. *Participación en los costos preferida:* Usted paga $4.00 por medicamento recetado. **Medicamentos de nivel 2 (medicamentos genéricos):** *Participación en los costos estándar:* Usted paga $20.00 por medicamento recetado. *Participación en los costos preferida:* Usted paga $10.00 por medicamento recetado. **Medicamentos de nivel 3 (medicamentos de marca preferidos):** *Participación en los costos estándar:* Usted paga $47.00 por medicamento recetado. *Participación en los costos preferida:* Usted paga $42.00 por medicamento recetado. **Medicamentos de nivel 4 (medicamentos no preferidos):** *Participación en los costos estándar:* Usted paga el 50% del costo total. *Participación en los costos preferida:* Usted paga el 50% del costo total. **Medicamentos de nivel 5 (nivel de especialidad):** *Participación en los costos estándar:* Usted paga el 33% del costo total. *Participación en los costos preferida:* Usted paga el 33% del costo total. ——————— 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).

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 4, Secciones 6 y 7, de su *Constancia de cobertura*.

Sus cambios en el período sin cobertura son:

Etapa	2017 (este año)	2018 (el próximo año)
Etapa 3: Etapa de período sin cobertura	El plan proporcionará cobertura adicional para el período sin cobertura para el nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y el nivel 2 (medicamentos genéricos), además de la cobertura estándar para el período sin cobertura.	El plan proporcionará cobertura adicional para el período sin cobertura para el nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y el nivel 2 (medicamentos genéricos), además de la cobertura estándar para el período sin 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)
Cobertura del plan - Deducible	Su plan tenía un deducible de $50.	En 2018 tendrá un **deducible de $0.**
Farmacias minoristas - Red preferida	Su plan contaba con una red preferida.	**Schnucks Pharmacy** es un nuevo miembro de nuestra red preferida. Para ver la lista de las farmacias cercanas de la red preferida, visite www.cigna.com/part-d.
Farmacias con envío a domicilio	**Walmart Pharmacy Home Delivery** era la farmacia de la red preferida.	**Postal Prescription Services** será la farmacia de la red preferida para envíos a domicilio. Para más información, llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-800-222-6700, TTY (711). **Walmart Pharmacy Home Delivery** continuará en nuestra red, aunque usted deberá pagar copagos estándar.
Amplia lista de medicamentos	Su plan contaba con una amplia lista de más de 3,000 medicamentos.	Su plan seguirá teniendo una amplia lista de medicamentos, pero con cambios. Consulte la **lista de medicamentos resumida** que se adjunta. Brinda una lista parcial de los medicamentos cubiertos, los niveles de medicamentos y los requisitos. También puede visitar www.cigna.com/part-d para obtener la lista de medicamentos completa.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 Si usted decide quedarse con Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

Para permanecer en nuestro plan no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente 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 medicamentos recetados de Medicare,

- — *O* — puede cambiarse a un plan de salud de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos recetados de la Parte D,
- — *O* — puede mantener su cobertura de salud actual de Medicare y abandonar su cobertura de medicamentos recetados 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". **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 medicamentos recetados de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Automáticamente, será dado de baja de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP).
- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. De acuerdo al tipo de plan que usted elija, podrá ser dado de baja automáticamente de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP).
  - Si usted se inscribe en cualquier plan de salud de Medicare que incluya cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, será dado de baja automáticamente de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP). También será dado de baja automáticamente si se une a un HMO de Medicare o PPO de Medicare, incluso si ese plan no incluye cobertura de medicamentos recetados.
  - Si usted elige un Plan Privado de Pago por Servicio sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare o un Plan de Costos de Medicare, puede inscribirse en dicho plan y mantener Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) para su cobertura de medicamentos. Al inscribirse en uno de estos planes no se le dará de baja automáticamente de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP). Si se inscribe en este tipo de planes y desea abandonar nuestro plan, debe solicitar la baja de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP). Para pedir la baja, debe enviarnos una solicitud por escrito o comunicarse con Medicare 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).
- 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 de medicamentos recetados diferente o a un plan de salud de 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 8, 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 Kansas, el SHIP se llama Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK).

Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK) 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 Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK) 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 Senior Health Insurance Counseling for Kansas (SHICK) al 1-800-860-5260.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted puede reunir los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados.

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para "Ayuda Adicional" para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta un 75% o más de los costos de sus medicamentos, que incluye las primas mensuales por los medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguros. Además, aquellas personas que califican no tendrán período sin cobertura ni sanción por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y todavía no lo saben. Para saber si usted califica, llame:
  - 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).
- **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 de asistencia para medicamentos contra el SIDA de Kansas (Kansas AIDS Drug Assistance Program). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse al programa, comuníquese con el programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA de Kansas al 1-785-296-6174.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 Cómo obtener ayuda de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-800-222-6700 (solo TTY, llame al 711). Atendemos llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Nuestro sistema automatizado de teléfono podrá contestar sus llamadas durante los fines de semana del 15 de febrero al 30 de septiembre. 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 Rx Secure-Extra (PDP). 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 incluye un ejemplar de la *Constancia de cobertura.*

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.cigna.com/part-d. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de farmacias (*Directorio de farmacias*) 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 medicamentos recetados 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 “Ver y comparar sus opciones de cobertura”).

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. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.