



Cigna-HealthSpring Advantage (HMO) ofrecido por Cigna

# NOTIFICACIÓN ANUAL DE CAMBIOS PARA 2020

En este momento, usted está inscrito como miembro de Cigna-HealthSpring Advantage (HMO). 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 1.4 encontrará información sobre los cambios en los beneficios y los costos que se implementarán en nuestro plan.
- Fíjese si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
  - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas con los que se atiende regularmente, están en nuestra red?
  - ¿Y los hospitales u otros proveedores que usa?
  - En la Sección 1.3 encontrará información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- Piense en sus costos de cuidado de la salud totales.
  - ¿Cuánto gastará de su bolsillo para pagar los servicios y los medicamentos con receta que usa regularmente?
  - ¿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 3.2 podrá obtener más información sobre sus opciones.

H3949\_20\_76384\_026S\_M Alternate Format

OMB Approval 0938-1051 (Expires: December 31, 2021)  
20\_A\_H3949\_026\_S

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 Advantage (HMO), no es necesario que haga nada. Seguirá siendo miembro de Cigna-HealthSpring Advantage (HMO).
- 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, afilíese a un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**.

- Si no se afilia a otro plan antes del **7 de diciembre de 2019**, seguirá siendo miembro de Cigna-HealthSpring Advantage (HMO).
- Si se afilia a otro plan antes del **7 de diciembre de 2019**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2020**.

**Recursos adicionales**

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-800-668-3813 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 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.
- Para que le proporcionemos información de manera que la entienda bien, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se indican en la Sección 7.1 de este cuadernillo). Podemos suministrarle información en braille, letra grande y otros formatos alternativos si la necesita.
- **La cobertura en virtud de este Plan reúne los requisitos para ser considerada una cobertura de salud calificada (QHC, 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 Advantage (HMO)**

- 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 cuadernillo dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Cigna. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Cigna-HealthSpring Advantage (HMO).
-

**Resumen de costos importantes para 2020**

La siguiente tabla compara los costos de 2019 con los costos de 2020 de Cigna-HealthSpring Advantage (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web [www.cignamedicare.com](http://www.cignamedicare.com). También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

<b>Costo</b>	<b>2019 (este año)</b>	<b>2020 (próximo año)</b>
<b>Prima mensual del plan</b>	\$0	\$0
<b>Desembolso máximo</b> 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).	\$6,700	\$6,700
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	Visitas de cuidado primario: Copago de \$0 por visita Visitas a especialistas: Copago de \$40 por visita	Visitas de cuidado primario: Copago de \$0 por visita Visitas a especialistas: Copago de \$40 por visita
<b>Hospitalizaciones como paciente internado</b> 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.	Días 1-6: Copago de \$295 por día Días 7-90: Copago de \$0 por día	Días 1-6: Copago de \$325 por día Días 7-90: Copago de \$0 por día

**Notificación anual de cambios para 2020**

**Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2020 .....</b>	<b>3</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año.....</b>	<b>5</b>
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual.....	5
Sección 1.2 Cambios en su desembolso máximo .....	5
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores .....	5
Sección 1.4 Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos.....	5
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos .....</b>	<b>9</b>
<b>SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir .....</b>	<b>9</b>
Sección 3.1 Si quiere quedarse en nuestro plan .....	9
Sección 3.2 Si quiere cambiar de plan .....	9
<b>SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan .....</b>	<b>10</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....</b>	<b>10</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta .....</b>	<b>10</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Preguntas? .....</b>	<b>11</b>
Sección 7.1 Cómo recibir ayuda de nuestro plan .....	11
Sección 7.2 Cómo recibir ayuda de Medicare .....	11

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

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (Usted además debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

**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	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Desembolso máximo</b> Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se computan para su desembolso máximo.	\$6,700	\$6,700 Una vez que haya pagado \$6,700 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 y farmacias* actualizado en nuestro sitio web [www.cignamedicare.com](http://www.cignamedicare.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 y farmacias* por correo. **Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias de 2020* para averiguar si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, 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, debemos garantizar 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 cuidado de la salud.
- Si usted se está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que se está 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 su atención médica no se está manejando adecuadamente, 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 cuidado de la salud.

**Sección 1.4 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 2020*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Referencias</b>	Se requiere una referencia de su PCP.	No se necesita una referencia, pero, de todos modos, debe atenderse con un médico de nuestra red.
<b>Servicios de ambulancia</b>	Usted paga un copago de \$195 por cada viaje de ida o de vuelta en ambulancia terrestre cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$225 por cada viaje de ida o de vuelta en ambulancia terrestre cubierto por Medicare.
<b>Servicios dentales</b>	<p><b>No se necesita autorización para los servicios dentales preventivos complementarios.</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los siguientes servicios dentales integrales y preventivos complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– un examen cada seis meses</li> <li>– una radiografía de aleta de mordida por año calendario</li> <li>– una radiografía de toda la boca o panorámica cada 36 meses</li> <li>– una limpieza cada seis meses</li> <li>– Servicios de restauración</li> <li>– Periodoncia</li> <li>– Extracciones</li> <li>– Prótesis y cirugía bucal</li> </ul>	<p><b>Es posible que se necesite autorización para los servicios dentales preventivos complementarios.</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los siguientes servicios dentales integrales y preventivos complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– un examen cada seis meses</li> <li>– una radiografía de aleta de mordida por año calendario</li> <li>– una radiografía intrabucal periapical por año calendario</li> <li>– una radiografía panorámica de toda la boca o serie completa intrabucal cada 36 meses</li> <li>– una limpieza cada seis meses</li> <li>– Servicios de restauración</li> <li>– Periodoncia</li> <li>– Extracciones</li> <li>– Prótesis y cirugía bucal</li> </ul>
<b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</b>	Usted cumple con los requisitos para recibir un medidor de glucosa cada dos años y 200 tiras reactivas para medir la glucosa por período de 30 días.	Usted cumple con los requisitos para recibir un medidor de glucosa y un dispositivo de monitorización continua de glucosa cada dos años. También cumple con los requisitos para recibir 200 tiras reactivas para medir la glucosa o tres sensores por período de 30 días, según qué modelo de medidor use.
<b>Servicios de audición</b>	Usted paga un copago de \$0 en el consultorio de un médico de cuidado primario o de \$35 en todos los demás consultorios por los exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$0 en el consultorio de un médico de cuidado primario o de \$40 en todos los demás consultorios por los exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare.
<b>Atención hospitalaria como paciente internado</b>	<p>Usted paga un copago de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Días 1-6: \$295 por día</li> <li>– Días 7-90: \$0 por día</li> </ul> <p>Por cada hospitalización cubierta por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Días 1-6: \$325 por día</li> <li>– Días 7-90: \$0 por día</li> </ul> <p>Por cada hospitalización cubierta por Medicare.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Cuidado de salud mental como paciente internado</b>	Usted paga un copago de: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Días 1-5: \$324 por día</li> <li>– Días 6-90: \$0 por día</li> </ul> Por cada hospitalización para cuidado de la salud mental como paciente internado cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Días 1-5: \$350 por día</li> <li>– Días 6-90: \$0 por día</li> </ul> Por cada hospitalización para cuidado de la salud mental como paciente internado cubierta por Medicare.
<b>Servicios de tratamiento para el consumo de opioides</b>	Medicare no cubre estos servicios.	<b>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</b> Usted paga un copago de \$40 por los servicios de tratamiento para el consumo de opioides cubiertos por Medicare.
<b>Exámenes de diagnóstico y suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios</b>	Usted paga un copago/coseguro de: <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 o \$400 por procedimientos y exámenes de diagnóstico cubiertos por Medicare.</li> <li>\$0 por ECG y exámenes de detección colorrectales con fines de diagnóstico.</li> <li>\$400 por todos los demás procedimientos y exámenes de diagnóstico.</li> <li>0% o 20% por servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir las radiografías). 0% por mamografías y ecografías. 20% por todos los demás servicios radiológicos de diagnóstico y de medicina nuclear.</li> </ul>	Usted paga un copago de: <ul style="list-style-type: none"> <li>\$0 o \$50 por procedimientos y exámenes de diagnóstico cubiertos por Medicare.</li> <li>\$0 por ECG y exámenes de detección colorrectales con fines de diagnóstico.</li> <li>\$50 por todos los demás procedimientos y exámenes de diagnóstico.</li> <li>\$0 o \$200 por servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir las radiografías). \$0 por mamografías y ecografías. \$200 por todos los demás servicios radiológicos de diagnóstico y de medicina nuclear.</li> </ul>
<b>Observación en un hospital como paciente ambulatorio</b>	Usted paga un copago de \$400 por la observación en un hospital como paciente ambulatorio cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de \$300 por la observación en un hospital como paciente ambulatorio cubierta por Medicare.
<b>Cuidado de salud mental como paciente ambulatorio</b>	Usted paga un copago de: <ul style="list-style-type: none"> <li>\$30 por visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</li> <li>\$30 por visita de terapia individual o grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.</li> <li>\$30 por visita de salud del comportamiento o telesalud cubierta por Medicare.</li> </ul>	Usted paga un copago de: <ul style="list-style-type: none"> <li>\$40 por visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</li> <li>\$40 por visita de terapia individual o grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.</li> <li>\$40 por visita de salud del comportamiento o telesalud cubierta por Medicare.</li> </ul>
<b>Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b>	Usted paga un copago de \$30 por visitas de tratamiento de abuso de sustancias individual o grupal para pacientes ambulatorios cubiertas por Medicare.	Usted paga un copago de \$40 por visitas de tratamiento de abuso de sustancias individual o grupal para pacientes ambulatorios cubiertas por Medicare.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Cirugía para pacientes ambulatorios, que incluye servicios prestados en centros para pacientes ambulatorios de un hospital y centros quirúrgicos ambulatorios</b>	<p>Usted paga un copago de:</p> <p>\$0 o \$400 por cada visita a un centro para pacientes ambulatorios de un hospital cubierta por Medicare. \$0 por cualquier procedimiento quirúrgico (p. ej., extirpación de pólipos) durante un examen colorrectal. \$400 por todos los demás servicios como paciente ambulatorio, incluida la observación y los servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios, no brindados en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>\$0 o \$150 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. \$0 por cualquier procedimiento quirúrgico (p. ej., extirpación de pólipos) durante un examen colorrectal. \$150 por todos los demás servicios de un centro quirúrgico ambulatorio.</p>	<p>Usted paga un copago de:</p> <p>\$0 o \$300 por cada visita a un centro para pacientes ambulatorios de un hospital cubierta por Medicare. \$0 por cualquier procedimiento quirúrgico (p. ej., extirpación de pólipos) durante un examen colorrectal. \$300 por todos los demás servicios como paciente ambulatorio, incluida la observación y los servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios, no brindados en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>\$0 o \$200 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. \$0 por cualquier procedimiento quirúrgico (p. ej., extirpación de pólipos) durante un examen colorrectal. \$200 por todos los demás servicios de un centro quirúrgico ambulatorio.</p>
<b>Artículos y servicios de venta sin receta médica</b>	Sin cobertura.	Límite de \$30 cada tres meses para medicamentos de venta sin receta médica específicos y otros productos farmacéuticos relacionados con el cuidado de la salud, según lo detallado en el catálogo de artículos de venta sin receta médica.
<b>Servicios de un médico, médico general u otro profesional de cuidado de la salud</b>	Usted paga un copago de \$0 por cada visita a un médico de cuidado primario cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de \$0 por cada visita a un médico de cuidado primario cubierta por Medicare y cada visita a un médico de telesalud de MD Live cubierta por Medicare.
<b>Servicios de podiatría</b>	<b>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</b>	<b>No se necesita autorización.</b>
<b>Cuidado en un centro de cuidados especiales (SNF, por sus siglas en inglés)</b>	<p>Usted paga un copago de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Días 1-20: \$0 por día</li> <li>– Días 21-100: \$172 por día</li> </ul> <p>Por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Días 1-20: \$0 por día</li> <li>– Días 21-100: \$178 por día</li> </ul> <p>Por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare.</p>
<b>Transporte</b>	Sin cobertura.	<p><b>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 para una cantidad ilimitada de viajes por año a lugares aprobados por el plan.</p>



**SECCIÓN 2 Cambios administrativos**

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

Proceso	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Sitio web del plan</b>	El sitio web del plan es <b>www.cignahealthspring.com</b> .	El sitio web del plan es <b>www.cignamedicare.com</b> .
<b>Horario de Servicio al Cliente</b>	Del <b>1 de octubre al 31 de marzo</b> , Servicio al Cliente atiende de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del <b>1 de abril al 30 de septiembre</b> , de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local; y los <b>sábados, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.</b> , hora local.  Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.	Del <b>1 de octubre al 31 de marzo</b> , Servicio al Cliente atiende de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del <b>1 de abril al 30 de septiembre</b> , de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 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.
<b>Cómo ver la Evidencia de cobertura del plan</b>	La <i>Evidencia de cobertura</i> de 2019 se le envió por correo junto con su <i>Notificación anual de cambios</i> .	La <i>Evidencia de cobertura</i> de 2020 no está incluida en este envío. Consulte la hoja adjunta que incluimos en esta <i>Notificación anual de cambios</i> para saber cómo ver la <i>Evidencia de cobertura</i> en línea o solicitar que le enviemos una copia por correo.

**SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir****Sección 3.1 Si quiere quedarse en nuestro plan**

**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 2020.

**Sección 3.2 Si quiere cambiar de plan**

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si quiere cambiar de plan para 2020, siga estos pasos:

**Paso 1: Obtenga información sobre sus opciones y compare**

- Puede afiliarse a un plan de salud de Medicare diferente oportunamente,
- *–O bien–* Puede cambiar por Original Medicare. Si cambia por Original Medicare, tendrá que decidir si se afiliará a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, puede haber una multa por inscripción tardía para la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y usted 2020*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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 *Review and Compare Your Coverage Options* (Revise y compare sus opciones de cobertura). **Aquí encontrará información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Le recordamos que Cigna ofrece otros planes de salud de Medicare 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**, inscribese en el plan nuevo. Su inscripción en nuestro plan 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 nuestro plan 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 7.1 de este cuadernillo).
  - –O bien– 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 4 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 2020.

#### ¿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 8 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que entrará en vigor el 1 de enero de 2020 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) del 1 de enero al 31 de marzo de 2020. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura*.

---

#### SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

---

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Pennsylvania, el SHIP se llama APPRISE.

APPRISE 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 de APPRISE 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 a APPRISE al 1-800-783-7067.

---

#### SECCIÓN 6 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. A continuación le brindamos una lista de diferentes tipos de ayuda:

- **“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 coseguro. 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 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  - Su oficina de Medicaid del estado (solicitudes).

- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Pennsylvania tiene programas llamados Programa para Enfermedades Renales Crónicas (CRDP, por sus siglas en inglés), Nivel de Mejora de Necesidades de PACE (PACENET, por sus siglas en inglés), Contrato de Asistencia Farmacéutica para Personas de la Tercera Edad (PACE, por sus siglas en inglés) y Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales (SPBP, por sus siglas en inglés), que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta, según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información acerca del programa, consulte a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 5 de este cuadernillo).
- **¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)?** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a las personas que reúnen los requisitos y que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que pueden salvar la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para recibir asistencia para el costo compartido de medicamentos con receta. En Pennsylvania, el ADAP se llama Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales. Nota: Para reunir los requisitos para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con 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. Si usted está inscrito en un ADAP actualmente, este programa puede seguir brindándole asistencia para el costo compartido de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para medicamentos que estén incluidos en el formulario del ADAP. A fin de asegurarse de que continuará recibiendo esta asistencia, notifique cualquier cambio en el número de póliza o el nombre de su plan de la Parte D de Medicare al trabajador de inscripción de su ADAP local. Para comunicarse con el Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales, llame al 1-800-922-9384. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales al 1-800-922-9384.

## SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

### Sección 7.1 Cómo recibir ayuda de nuestro plan

¿Tiene preguntas? Estamos para servirle. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-668-3813. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos llamadas telefónicas del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 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. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### Lea su *Evidencia de cobertura de 2020* (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 2020. Para conocer más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2020* de Cigna-HealthSpring Advantage (HMO). 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. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web [www.cignamedicare.com](http://www.cignamedicare.com). También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

#### Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web [www.cignamedicare.com](http://www.cignamedicare.com). Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*).

### Sección 7.2 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 2020**

Puede leer el Manual *Medicare y usted 2020*. 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.