

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

NOTIFICACIÓN ANUAL DE CAMBIOS PARA 2020

En este momento, usted está inscrito como miembro de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP). 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 y 2 encontrará información sobre los cambios en los beneficios y los costos que se implementarán en nuestro plan.
- Fíjese en el cuadernillo qué cambios se hicieron en nuestra cobertura de medicamentos con receta para ver si le afectan.
 - ¿Los medicamentos que toma estarán cubiertos?
 - ¿Los medicamentos que toma están en un nivel diferente, con costos compartidos diferentes?
 - ¿Alguno de los medicamentos que toma tiene restricciones nuevas, como necesitar nuestra aprobación antes de que le despachen su receta?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay algún cambio en el costo de usar esta farmacia?
 - Consulte la Lista de medicamentos de 2020 y, en la Sección 1.3, encontrará información sobre los cambios que se implementarán en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado respecto del año pasado. Consulte a su médico acerca de alternativas de menor costo que puedan estar a su disposición; esto puede permitirle ahorrar en los costos de desembolso anuales durante el año. Para obtener información adicional acerca de los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos tableros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también incluyen otra información sobre los precios de los medicamentos año a año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus propios medicamentos.

- 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.
- 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 Rx Secure-Extra (PDP), no es necesario que haga nada. Seguirá siendo miembro de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP).
- 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 Rx Secure-Extra (PDP).
- 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 1-800-222-6700 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático responda su llamada durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre.
- Esta información está disponible de forma gratuita en un formato diferente, en braille o en letra grande. Llame a Servicio al Cliente al número que aparece más arriba si necesita información del plan en otro formato.

Acerca de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

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

Resumen de costos importantes para 2020

La siguiente tabla compara los costos de 2019 con los costos de 2020 de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) 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.cigna.com/part-d. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser más alta o más baja que este importe. Consulte los detalles en la Sección 1.1.</p>	<p>\$52.40</p>	<p>\$48.30</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte los detalles en la Sección 1.3).</p>	<p>Deducible: \$0 por los medicamentos de los Niveles 1, 2, 3 y 6 \$100 por los medicamentos de los Niveles 4 y 5</p> <p>Copagos o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamento 1: <i>Opción estándar de costo compartido:</i> \$9.00 por receta <i>Opción preferida de costo compartido:</i> \$4.00 por receta • Nivel de medicamento 2: <i>Opción estándar de costo compartido:</i> \$15.00 por receta <i>Opción preferida de costo compartido:</i> \$10.00 por receta • Nivel de medicamento 3: <i>Opción estándar de costo compartido:</i> \$47.00 por receta <i>Opción preferida de costo compartido:</i> \$42.00 por receta • Nivel de medicamento 4: <i>Opción estándar de costo compartido:</i> el 50% del costo total <i>Opción preferida de costo compartido:</i> el 50% del costo total • Nivel de medicamento 5: <i>Opción estándar de costo compartido:</i> el 31% del costo total <i>Opción preferida de costo compartido:</i> el 31% del costo total • Nivel de medicamento 6: <i>Opción estándar de costo compartido:</i> \$11.00 por receta <i>Opción preferida de costo compartido:</i> \$6.00 por receta 	<p>Deducible: \$0 por los medicamentos de los Niveles 1, 2, 3 y 6 \$100 por los medicamentos de los Niveles 4 y 5</p> <p>Copagos o coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamento 1: <i>Opción estándar de costo compartido:</i> \$15.00 por receta <i>Opción preferida de costo compartido:</i> \$4.00 por receta • Nivel de medicamento 2: <i>Opción estándar de costo compartido:</i> \$20.00 por receta <i>Opción preferida de costo compartido:</i> \$10.00 por receta • Nivel de medicamento 3: <i>Opción estándar de costo compartido:</i> \$47.00 por receta <i>Opción preferida de costo compartido:</i> \$42.00 por receta • Nivel de medicamento 4: <i>Opción estándar de costo compartido:</i> el 50% del costo total <i>Opción preferida de costo compartido:</i> el 50% del costo total • Nivel de medicamento 5: <i>Opción estándar de costo compartido:</i> el 31% del costo total <i>Opción preferida de costo compartido:</i> el 31% del costo total • Nivel de medicamento 6: <i>Opción estándar de costo compartido:</i> \$11.00 por receta <i>Opción preferida de costo compartido:</i> \$2.00 por receta

Notificación anual de cambios para 2020

Índice

Resumen de costos importantes para 2020	3
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año.....	5
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual.....	5
Sección 1.2 Cambios en la red de farmacias.....	5
Sección 1.3 Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D	5
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	8
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir	9
Sección 3.1 Si quiere quedarse en Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP).....	9
Sección 3.2 Si quiere cambiar de plan	9
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan	10
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	10
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	11
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	12
Sección 7.1 Cómo recibir ayuda de Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP).....	12
Sección 7.2 Cómo recibir ayuda de Medicare	12

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)
Prima mensual (Usted además debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$52.40	\$48.30

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

Sección 1.2 Cambios en la red de farmacias

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

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el año próximo. Podrá encontrar un *Directorio de farmacias* actualizado en nuestro sitio web www.cigna.com/part-d. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de farmacias* por correo. **Revise el Directorio de farmacias de 2020 para ver qué farmacias están incluidas en nuestra red.**

Sección 1.3 Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D**Cambios en nuestra Lista de medicamentos**

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

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

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

- **Trabajar con su médico (u otro proveedor) y pedirle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Recomendamos a nuestros miembros actuales** que pidan una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para pedir una excepción, consulte el Capítulo 7 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicio al Cliente.
- **Trabajar con su médico (u otro proveedor) para encontrar otro medicamento** que cubramos. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que se usen para tratar la misma afección médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento que no esté incluido en el formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar una interrupción en el tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo pedirlo, consulte la

Sección 5.2 del Capítulo 3 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el plazo en que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando este suministro se acabe. Puede cambiar su medicamento por otro cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción en su caso y que cubra su medicamento actual.

Si ha recibido una excepción al formulario para un medicamento este año, la solicitud de excepción al formulario está aprobada hasta la fecha indicada en la carta de aprobación. Solo se necesita una nueva solicitud de excepción al formulario si ha pasado la fecha indicada en la carta.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos comienzan a regir al inicio de cada año. No obstante, durante el año, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando hagamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, usted también podrá trabajar con su médico (u otro proveedor) y pedimos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y brindando otra información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información acerca de los cambios que podríamos realizar en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 3 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si usted está inscrito en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un documento por separado, llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta” (también llamada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que incluye información sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este documento con este paquete, llame a Servicio al Cliente y pida la “Cláusula adicional LIS”. Los números de teléfono de Servicio al Cliente están en la Sección 7.1 de este cuadernillo.

Hay cuatro “etapas en el pago de medicamentos”. Lo que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa en el pago de medicamentos en la que se encuentre. (Puede encontrar más información sobre las etapas en la Sección 2 del Capítulo 4 de su *Evidencia de cobertura*).

La información que se incluye a continuación muestra los cambios que se implementarán el año próximo en las primeras dos etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: la Etapa de interrupción de cobertura y la Etapa de cobertura de gastos excedentes. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 4 de la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web www.cigna.com/part-d. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedimos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo).

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 4 (no preferidos) y del Nivel 5 (de especialidad) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$100.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo compartido de la Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (consulte la tabla a continuación) por los medicamentos del Nivel 1 (genéricos preferidos), del Nivel 2 (genéricos), del Nivel 3 (de marca preferida) y del Nivel 6 (seleccionados), y el costo total de los medicamentos del Nivel 4 (no preferidos) y del Nivel 5 (de especialidad) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$100.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo compartido de la Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (consulte la tabla a continuación) por los medicamentos del Nivel 1 (genéricos preferidos), del Nivel 2 (genéricos), del Nivel 3 (de marca preferida) y del Nivel 6 (seleccionados), y el costo total de los medicamentos del Nivel 4 (no preferidos) y del Nivel 5 (de especialidad) hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en el costo compartido de la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4, *Tipos de costos de desembolso que usted podría pagar por los medicamentos cubiertos*, de su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que pague el deducible anual, pasará a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos, y usted paga la suya.</p> <p>Los costos de esta fila corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando le despachan su receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de las recetas de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 4 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos cambiaron de nivel. Para saber si los medicamentos que está tomando cambiaron de nivel, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$9.00 por receta. <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$4.00 por receta.</p> <p>Medicamentos del Nivel 2 (medicamentos genéricos): <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$15.00 por receta. <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$10.00 por receta.</p> <p>Medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferida): <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$47.00 por receta. <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$42.00 por receta.</p> <p>Medicamentos del Nivel 4 (medicamentos no preferidos): <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga el 50% del costo total. <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga el 50% del costo total.</p> <p>Medicamentos del Nivel 5 (medicamentos de especialidad): <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga el 31% del costo total. <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga el 31% del costo total.</p> <p>Medicamentos del Nivel 6 (medicamentos seleccionados): <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$11.00 por receta. <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$6.00 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$3,820, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa de interrupción de cobertura).</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos): <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$15.00 por receta. <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$4.00 por receta.</p> <p>Medicamentos del Nivel 2 (medicamentos genéricos): <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$20.00 por receta. <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$10.00 por receta.</p> <p>Medicamentos del Nivel 3 (medicamentos de marca preferida): <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$47.00 por receta. <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$42.00 por receta.</p> <p>Medicamentos del Nivel 4 (medicamentos no preferidos): <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga el 50% del costo total. <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga el 50% del costo total.</p> <p>Medicamentos del Nivel 5 (medicamentos de especialidad): <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga el 31% del costo total. <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga el 31% del costo total.</p> <p>Medicamentos del Nivel 6 (medicamentos seleccionados): <i>Opción estándar de costo compartido:</i> usted paga \$11.00 por receta. <i>Opción preferida de costo compartido:</i> usted paga \$2.00 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$4,020, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa de interrupción de cobertura).</p>

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

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos –la Etapa de interrupción de cobertura y la Etapa de cobertura de gastos excedentes– son para las personas cuyos costos de medicamentos son elevados. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa de interrupción de cobertura ni a la Etapa de cobertura de gastos excedentes.**

Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 4 de su *Evidencia de cobertura*.

Sus cambios en la cobertura durante la Etapa de interrupción de cobertura son los siguientes:

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Etapa 3: Etapa de interrupción de cobertura	El plan proporcionará cobertura adicional durante la Etapa de interrupción de cobertura para los medicamentos del Nivel 1 (genéricos preferidos) y del Nivel 2 (genéricos) además de la cobertura estándar.	El plan proporcionará cobertura adicional durante la Etapa de interrupción de cobertura para los medicamentos del Nivel 1 (genéricos preferidos) y del Nivel 2 (genéricos) además de la cobertura estándar.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

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

Proceso	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Cobertura del plan – Deducible	En 2019, el deducible era de: \$0 por los medicamentos de los Niveles 1, 2, 3 y 6 \$100 por los medicamentos de los Niveles 4 y 5	En 2020, su deducible seguirá siendo de: \$0 por los medicamentos de los Niveles 1, 2, 3 y 6 \$100 por los medicamentos de los Niveles 4 y 5
Ahorros en entregas a domicilio	Usted recibe un ahorro del 17% en los copagos por un suministro para 90 días con entrega a domicilio de los medicamentos de los Niveles 1, 2, 3 y 6.	Los medicamentos del Nivel 1 tienen un copago de \$0 por un suministro para 90 días con entrega a domicilio. Usted recibirá un ahorro del 17% al 33% en los copagos por los medicamentos de los Niveles 2, 3 y 6.
Entrega a domicilio – The Express Scripts Pharmacy	Su plan tenía varias farmacias de entrega a domicilio.	Para 2020, The Express Scripts PharmacySM será la farmacia de entrega a domicilio preferida para los clientes de Medicare de Cigna. Reemplazará a Postal Prescription Services. Se están enviando cartas con instrucciones a los clientes que usan la entrega a domicilio.
Cigna Specialty Pharmacy	Cigna Specialty Pharmacy formaba parte de la red.	Los clientes que usen Cigna Specialty Pharmacy recibirán servicios de farmacia de especialidad a través de Accredo[®] , la farmacia de especialidad seleccionada de Cigna. Hay otras farmacias de la red disponibles. Se están enviando cartas con instrucciones a los clientes que usan Cigna Specialty Pharmacy.

Proceso	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Farmacias minoristas – Red preferida	Su plan tenía una red preferida.	Bartell Drug, Kmart Pharmacy, Rite Aid Pharmacy, Sam’s Club Pharmacy y SuperValu Pharmacy se incorporarán a la red preferida. Para obtener una lista de las farmacias de la red preferida que le quedan cerca, visite www.cigna.com/part-d .
Aumento de los costos compartidos de las farmacias estándares	Los costos compartidos de las farmacias estándares generalmente eran más altos que los costos de las farmacias preferidas.	Si está usando una farmacia estándar, los costos compartidos aumentarán para los medicamentos del Nivel 1 y del Nivel 2. Vea la tabla de costos compartidos en la Sección 1.3.

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 Si quiere quedarse en Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP)

Para quedarse en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en otro plan 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 otro plan de medicamentos con receta de Medicare oportunamente,
- –O bien– Puede cambiarse a un plan de salud de Medicare. Algunos planes de salud de Medicare también incluyen cobertura de medicamentos con receta de la Parte D,
- –O bien– Puede conservar su cobertura de salud de Medicare actual y abandonar su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

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 (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 *Find health & drug plans* (Buscar planes de salud y de medicamentos). **Aquí encontrará información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Le recordamos que Cigna ofrece otros 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 **cambiarse a otro plan de medicamentos con receta de Medicare**, inscribese en el plan nuevo. Su inscripción en Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare**, inscribese en el plan nuevo. Según el tipo de plan que elija, es posible que su inscripción en Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) se cancele automáticamente.
 - Su inscripción en Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) se cancelará automáticamente si se inscribe en un plan de salud de Medicare que incluya cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Su inscripción también se cancelará automáticamente si se inscribe en un plan HMO de Medicare o un plan PPO de Medicare, incluso si ese plan no incluye cobertura de medicamentos con receta.

- Si elige un plan de tarifa por servicio privado sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare o un plan de costos Medicare, puede inscribirse en ese nuevo plan y conservar Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP) para su cobertura de medicamentos. La inscripción en uno de estos tipos de plan no cancelará automáticamente su inscripción en Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP). Si se inscribirá en este tipo de plan y desea abandonar nuestro plan, debe solicitar la cancelación de su inscripción a Cigna-HealthSpring Rx Secure-Extra (PDP). Para solicitar la cancelación de su inscripción, debe enviarnos una solicitud por escrito o debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- 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 desea cambiarse a otro plan de medicamentos con receta o a un plan de salud de 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 2.2 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, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental que cuenta con consejeros capacitados en todos los estados.

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es independiente (no tiene ninguna conexión con ninguna compañía de seguros ni ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del Gobierno Federal para ofrecer asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud locales a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) a los siguientes números:

Connecticut	CHOICES CHOICES, Department of Social Services, Aging Services Division, 25 Sigourney Street, 10th Floor, Hartford, CT 06106 1-800-994-9422 o 1-860-424-5274
Massachusetts	Servicios para las Necesidades de Seguros de Salud de las Personas Mayores (SHINE) Serving the Health Insurance Needs of Everyone (SHINE), Executive Office of Elder Affairs, One Ashburton Place, Fifth Floor, Boston, MA 02108 1-800-243-4636
Rhode Island	Programa de Seguros de Salud para Personas Mayores (SHIP) Senior Health Insurance Program (SHIP), Rhode Island Department of Human Services, Division of Elderly Affairs, 74 West Road, Hazard Building, 2nd Floor, Cranston, RI 02920 1-401-462-3000 o 1-401-462-0510
Vermont	Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) de Vermont Vermont Association of Area Agencies, Vermont State Health Insurance Assistance Program (SHIP), 476 Main Street, Suite 3, Winooski, VT 05404 1-800-642-5119

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.** Hay un programa llamado Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que ayuda 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). El nombre del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de su estado es:

Massachusetts	Prescription Advantage
Rhode Island	Asistencia Farmacéutica de Rhode Island para Personas de la Tercera Edad (RIPAE, por sus siglas en inglés)
Vermont	Green Mountain Care, VPharm

○ Connecticut no tiene un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica.

- **Asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta para las personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizarles a las personas elegibles para participar en este programa que tienen VIH/SIDA el acceso a los medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. Las personas deben cumplir determinados requisitos, como presentar una constancia de residencia en el estado y de que tienen VIH, tener bajos ingresos según lo definido por el estado y demostrar que no tienen seguro o que tienen un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP permiten recibir asistencia con los costos compartidos de los medicamentos a través del Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP) de su estado:

Connecticut	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Connecticut Connecticut AIDS Drug Assistance Program, Connecticut Department of Public Health, 410 Capitol Avenue, P.O. Box 340308, Hartford, CT 06134 1-860-509-7806 o 1-800-233-2503
Massachusetts	Programa de Asistencia para Medicamentos para el VIH (HDAP, por sus siglas en inglés) de Massachusetts Massachusetts HIV Drug Assistance Program (HDAP), Community Research Initiative of New England, The Schraff's City Center, 529 Main Street, Suite 301, Boston, MA 02129 1-617-502-1700 o 1-800-228-2714
Rhode Island	Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Rhode Island Rhode Island AIDS Drug Assistance Program, RI Department of Health, Office of HIV/AIDS & Viral Hepatitis, 3 Capitol Hill, Room 302, Providence, RI 02908 1-401-462-3294
Vermont	Programa de Asistencia para Medicamentos de Vermont (VMAP) Vermont AIDS Drug Assistance Program, Vermont Department of Health, HIV/AIDS Program, 108 Cherry Street, Burlington, VT 05402 1-802-951-4005

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

¿Tiene preguntas? Estamos para servirle. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-222-6700 (TTY solamente: llame al 711). Atendemos llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático responda su llamada durante los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre. 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 Rx Secure-Extra (PDP). 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.cigna.com/part-d. 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.cigna.com/part-d. Recuerde que 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 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 ayudarlo a comparar los planes de medicamentos con receta 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 *Review and Compare Your Coverage Options* [Revise y compare sus opciones de cobertura]).

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.