



Inter Valley Health Plan

Planes de Medicare. Pura Salud, No Lucro

Inter Valley Health Plan Desert Preferred Choice (HMO) ofrecido por Inter Valley Health Plan

Aviso anual de cambios para 2019

Actualmente, está inscrito como miembro de Inter Valley Health Plan Desert Preferred Choice (HMO). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y los beneficios del Plan. Este folleto describe los *cambios*.

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

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTAR: Qué cambios rigen en su caso

- Verifique los cambios de los costos y los beneficios para saber si lo afectan.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.5 para obtener información sobre los cambios en los costos y los beneficios de nuestro plan.
- Verifique en el folleto si hay cambios en la cobertura de medicamentos recetados para saber si lo afectan.
 - ¿Se cubrirán sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en otro nivel, con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de los medicamentos está sujeto a nuevas restricciones, como aprobación previa para surtir la receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay algún cambio en el costo para usar esta farmacia?
 - Consulte la Sección 1.6 de la Lista de medicamentos de 2019 para obtener información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas más económicas que puedan estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos anuales de su bolsillo durante todo el año. Para obtener mayor información sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. En estos cuadros se

resaltan los fabricantes que hayan aumentado los precios y también se muestra otra información de precios de medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán con exactitud cuánto podrían cambiar los precios de sus propios medicamentos.

- Verifique que sus médicos y demás proveedores vayan a estar dentro de nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos se encuentran en nuestra red?
 - ¿Qué ocurre con los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores y farmacias.
- Considere los costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo en concepto de los servicios y los medicamentos recetados que utiliza habitualmente?
 - ¿Cuánto dinero gastará en la prima y los deducibles?
 - ¿Cuál es el costo total del Plan en comparación con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Considere si está conforme con nuestro plan.

2. **COMPARAR:** Conozca las otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en "Find health & drug plans" (Buscar planes de salud y medicamentos).
 - Revise la lista en la contraportada del manual Medicare & You (Medicare y usted).
 - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre las opciones a su disposición.
- Una vez que filtre la búsqueda a un Plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del Plan.

3. **ELEGIR: Decida si** quiere cambiar de Plan

- Si desea **conservar** Inter Valley Health Plan Desert Preferred Choice (HMO), no necesita hacer nada. Continuará en Inter Valley Health Plan Desert Preferred Choice (HMO).
- Para cambiarse a un **Plan distinto** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. **INSCRIBIRSE:** Para cambiar de plan, inscríbase a un plan entre **el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2018**

- Si usted **no se inscribe hasta el 7 de diciembre de 2018**, permanecerá en Inter Valley Health Plan Desert Preferred Choice (HMO).
- Si usted **se inscribe hasta el 7 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2019.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin cargo en inglés.

Para obtener información adicional, póngase en contacto con el Equipo de atención para los miembros al 1-800-251-8191. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). Comuníquese con nosotros desde 1 de octubre hasta el 31 de marzo: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Comuníquese con nosotros desde 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Nota: no atendemos en la mayoría de los días feriados federales. Si no estamos atendiendo, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos se contestarán en el plazo de 1 día hábil.

- Esta información está disponible en distintos formatos, por ejemplo, en tamaño de letra grande. Llame al Equipo de atención para los miembros al 1-800-251-8191 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) si necesita información del plan en otro formato.
- **La cobertura de este Plan califica como cobertura médica calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Medidas de Protección del Paciente y Cuidado de Bajo Costo (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de Inter Valley Health Plan Desert Preferred Choice (HMO)

- Inter Valley Health Plan es un plan HMO sin fines de lucro que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Inter Valley Health Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice "nosotros", "nos" o "nuestro/a", hace referencia a *Inter Valley Health Plan*. Mediante los términos "Plan" o "nuestro Plan", se hace referencia a *Inter Valley Health Plan Desert Preferred Choice (HMO)*.

Resumen de costos importantes para 2019

La siguiente tabla compara los costos de 2018 y 2019 para Inter Valley Health Plan Desert Preferred Choice (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto del presente *Aviso anual de cambios* y revisar la *Evidencia de cobertura* que se adjunta para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan a usted.**

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Prima mensual</p> <p>* Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.</p>	\$0	\$0
<p>Monto máximo de gastos de su bolsillo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).</p>	\$3,400	\$3,400
<p>Consultas en el consultorio médico</p>	<p>Consultas con el médico de cabecera: \$0 por consulta</p> <p>Consultas con el especialista: \$0 por consulta</p>	<p>Consultas con el médico de cabecera: \$0 por consulta</p> <p>Consultas con el especialista: \$0 por consulta</p>
<p>Internación del paciente</p> <p>Incluye cuidados agudos, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado.</p>	Copago de \$0 por cada internación cubierta por Medicare.	Copago de \$0 por cada internación cubierta por Medicare.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Copagos durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 por receta para un suministro para 30 días obtenido en una farmacia de la red • Medicamentos de Nivel 2: \$9 por medicamento recetado para un suministro para 30 días obtenido en una farmacia de la red • Medicamentos de Nivel 3: \$37 por medicamento recetado para un suministro para 30 días obtenido en una farmacia de la red • Medicamentos de Nivel 4: 30% del costo total por receta para un suministro para 30 días obtenido en una farmacia de la red • Medicamentos de Nivel 5: 33% del costo total por receta para un suministro para 30 días obtenido en una farmacia de la red • Medicamentos de Nivel 6: \$10 por medicamento recetado para un suministro para 30 días obtenido en una farmacia de la red 	<p>Copagos durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 por receta para un suministro para 30 días obtenido en una farmacia de la red • Medicamentos de Nivel 2: \$9 por medicamento recetado para un suministro para 30 días obtenido en una farmacia de la red • Medicamentos de Nivel 3: \$37 por medicamento recetado para un suministro para 30 días obtenido en una farmacia de la red • Medicamentos de Nivel 4: 30% del costo total por receta para un suministro para 30 días obtenido en una farmacia de la red • Medicamentos de Nivel 5: 33% del costo total por receta para un suministro para 30 días obtenido en una farmacia de la red • Medicamentos de Nivel 6: \$10 por medicamento recetado para un suministro para 30 días obtenido en una farmacia de la red

Aviso anual de cambios para 2019
Índice

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 7

- Sección 1.1: Cambios en la prima mensual 7
- Sección 1.2: Cambios en el monto máximo de gastos de su bolsillo 7
- Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores 8
- Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias 8
- Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 9
- Sección 1.6: Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D..... 10

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir..... 13

- Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en Inter Valley Health Plan Desert Preferred Choice (HMO) 13
- Sección 2.2: Si desea cambiar de plan..... 13

SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan 14

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 14

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados 14

SECCIÓN 6 Preguntas 15

- Sección 6.1: Cómo recibir ayuda de Inter Valley Health Plan Desert Preferred Choice (HMO)..... 15
- Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare 16

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0 No hay cambio en la prima mensual del plan en 2019.

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea al menos de igual calidad que la cobertura para medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más, si se inscribe en la cobertura para medicamentos recetados de Medicare en el futuro.
- Si tiene ingresos superiores, es posible que deba pagar un monto mensual adicional en forma directa al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados.

Sección 1.2: Cambios en el monto máximo de gastos de su bolsillo

Para su protección, Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. En general, una vez que llega a este monto, no debe pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Monto máximo de gastos de su bolsillo Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo de gastos de su bolsillo. Los costos para medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de su bolsillo.	Límite de gastos de su bolsillo de \$3,400 Una vez que haya pagado \$3,400 de su bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de las Partes A y B por el resto del año calendario.	Límite de gastos de su bolsillo de \$3,400 No hay cambio en el monto máximo de gastos de su bolsillo para 2019. Una vez que haya pagado \$3,400 de su bolsillo por servicios cubiertos de las Partes A y B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de las Partes A y B por el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.ivhp.com, está disponible el Directorio de proveedores y farmacias actualizado. También puede llamar al Equipo de atención para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos el Directorio de proveedores y farmacias. Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2019 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red de servicios.

Es importante que sepa que, durante el año, es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red de servicios puedan cambiar durante el año, Medicare solicita que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible por enviarle un aviso que explicará que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que esté recibiendo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no es administrada de manera adecuada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por los medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes para medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Hemos cambiado nuestra red de servicios de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.ivhp.com, está disponible el Directorio de proveedores y farmacias actualizado. También puede llamar al Equipo de atención para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos el Directorio de proveedores y farmacias. Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2019 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.

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

Nosotros cambiaremos la cobertura de algunos servicios médicos para el año próximo. La información a continuación describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de cobertura de 2019*.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Ambulancia	Copago de \$150 por cada traslado cubierto por Medicare.	Copago de \$150 por cada traslado terrestre cubierto por Medicare. No hay cambios en su costo compartido para los servicios de traslado terrestre cubiertos por Medicare. Copago de \$1,000 por cada traslado en ambulancia aérea cubierto por Medicare.
Atención de emergencia	Copago de \$75 para consultas en salas de emergencias cubiertas por Medicare. Copago de \$75 para la cobertura universal de servicios que sean necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de urgencia o emergencia.	Copago de \$100 por consultas en la sala de emergencias cubiertas por Medicare. Copago de \$100 para la cobertura universal de servicios que sean necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de urgencia o emergencia.

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

Cambios en nuestra lista de medicamentos

La Lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Se incluye en este sobre una copia de la Lista de medicamentos.

Hemos realizado cambios en la Lista de medicamentos, incluidos cambios con respecto a los medicamentos cubiertos y a las restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos. **Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción.**

Si se ve afectado por los cambios en la cobertura para medicamentos, estas son sus opciones:

- **Trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** que soliciten una excepción antes del próximo año.
 - Para saber cómo debe proceder para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones y quejas])* o llame a nuestro Centro de atención de farmacia al 1-866-632-7890 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-866-706-4757). Hay un representante disponible durante las 24 horas, los siete días de la semana.
- **Trabajar con su médico (o con otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar otro medicamento** que cubramos. Puede llamar a nuestra atención de farmacia al 1-866-632-7890 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-866-706-4757) y solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Hay un representante disponible durante las 24 horas, los siete días de la semana.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de medicamentos que no figuran en el formulario durante los primeros 90 días del año del plan o durante los primeros 90 días de membresía para evitar una interrupción en la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura). Durante el período durante el cual obtenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote dicho suministro. Puede cambiarse a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

Si, actualmente, es un miembro y el medicamento que está tomando se retirará del formulario o tendrá algún tipo de restricción el próximo año, usted podrá solicitar una excepción al formulario por adelantado para el próximo año. Le comunicaremos cualquier cambio en la cobertura para su medicamento para el próximo año. Entonces, podrá pedirnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento como usted desee que esté cubierto para el próximo año. Daremos una respuesta a su solicitud de una excepción antes de que el cambio entre en vigencia.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo del año. Sin embargo, durante el año, es posible que hagamos otros cambios que estén permitidos en virtud de las normas de Medicare.

A partir de 2019, antes de que realicemos cambios durante el año en nuestra Lista de medicamentos para los que debemos proporcionarle a usted un aviso con anticipación cuando tome un medicamento, le notificaremos estos cambios 30 días antes de que ocurran, y no 60 días antes. O bien, le daremos un resurtido de su medicamento de marca para 30 días, y no para 60, en una farmacia de la red. Emitiremos este aviso, por ejemplo, antes de remplazar un medicamento de marca de la Lista de medicamentos con un medicamento genérico, o antes de realizar cambios según las advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

Cuando realicemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, puede seguir realizando consultas con su médico (u otra persona autorizada dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. Además, seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otro tipo de información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura).

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D que no aplique para usted.** Le enviaremos un inserto aparte, titulado “Cláusula adicional de la evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta” (también conocido como “Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), donde se le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibe este inserto antes del 1 de octubre de 2019, póngase en contacto con el Equipo de atención para los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. En la Sección 6.1 de este folleto encontrará los números de teléfono del Equipo de atención para los miembros.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. La cantidad que pague por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede buscar en Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información que se incluye a continuación muestra los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la etapa del deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanza las otras dos etapas: la etapa del período sin cobertura o la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 5 y 6 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* que se adjunta).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.	Dado que no tenemos deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Evidencia de cobertura*.

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el Plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo. Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos recetados en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo; o de pedidos de medicamentos recetados por correo, consulte la Sección 4 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$9 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$37 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca no preferidos: Usted paga el 30% del costo total.</p> <p>Nivel de medicamentos especializados: Usted paga el 33% del costo total.</p> <p>Medicamentos de atención selecta: Usted paga \$10 por medicamento recetado.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,750, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$9 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$37 por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga el 30% del costo total.</p> <p>Nivel de medicamentos especializados: Usted paga el 33% del costo total.</p> <p>Medicamentos de atención selecta: Usted paga \$10 por medicamento recetado.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,820, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas —etapa del período sin cobertura y etapa de cobertura en situaciones catastróficas— son para personas cuyos costos de medicamentos son muy elevados. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 5 y 6 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en Inter Valley Health Plan Desert Preferred Choice (HMO)

Para seguir inscrito en nuestro Plan no es necesario que haga nada. Si no se registra para un Plan diferente ni se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro Plan para el año 2019.

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2019, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare, deberá decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2019* (Medicare y usted 2019), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Buscador de planes de Medicare disponible en la página web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en "Find health & drug plans" (Buscar planes de salud y medicamentos). **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Como recordatorio, *Inter Valley Health Plan* ofrece otros planes de salud de Medicare. Es posible que esos otros planes ofrezcan diferentes coberturas, primas mensuales y montos del costo compartido.

Paso 2: cambie su cobertura

- Para cambiar **a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en un plan nuevo. Su inscripción en Inter Valley Health Plan Desert Preferred Choice (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en Inter Valley Health Plan Desert Preferred Choice (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, tiene las siguientes posibilidades:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con nuestro Equipo de atención para los miembros (en la Sección 6.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
 - *O bien*, póngase en contacto con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un Plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2019.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertos casos, también se permiten cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid (Medi-Cal), las personas que obtienen “Ayuda adicional” para el pago de medicamentos, las personas que tienen cobertura del empleador o piensan cancelarla, y las personas que se mudan fuera del área de servicio pueden hacer cambios en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Nota: si está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019, pero no está satisfecho con el Plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin esta) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin esta) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se denomina Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP).

El HICAP es independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y **en forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del HICAP pueden ayudarlo con sus preguntas y problemas sobre Medicare. También pueden ayudarlo a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al HICAP al 1-800-434-0222. Las llamadas a este número son gratuitas.

Puede dirigirse por escrito al HICAP, a:

Condado de Riverside: Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP), HICAP of Riverside County, 9121 Haven Avenue, Suite 220, Rancho Cucamonga, CA 91730.

Puede obtener más información acerca del HICAP en su sitio web (<https://cahealthadvocates.org/HICAP>).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda con el pago de medicamentos con receta. A continuación listamos los diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría cubrir hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos con receta, los deducibles

anuales y el coseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no estarán sujetos a la etapa del período sin cobertura ni al recargo por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame a este número:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048. Pueden llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la Administración del Seguro Social, al 1-800-772-1213, entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - O a la Oficina de Medicaid (Medi-Cal) estatal local (solicitudes).
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos contra el sida (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH / sida accedan a medicamentos esenciales para el VIH. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluidos la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, ingresos bajos según lo definido por el estado y la condición sin seguro o infraseguro. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos recetados a través del proveedor de California para el ADAP, el Departamento de Salud Pública de California (CDPH), Centro de Enfermedades Infecciosas, Oficina de SIDA (OA). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Departamento de Salud Pública de California (CDPH), Centro de Enfermedades Infecciosas, Oficina de SIDA (OA) al 1-844-421-7050 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-735-2929). Puede obtener más información acerca del Departamento de Salud Pública de California (CDPH), Centro de Enfermedades Infecciosas, Oficina de SIDA (OA) visitando su sitio web: www.cdph.ca.gov/programs/AIDS.

SECCIÓN 6 Preguntas

Sección 6.1: Cómo recibir ayuda de Inter Valley Health Plan Desert Preferred Choice (HMO)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Comuníquese con nuestro Equipo de atención para los miembros al 1-800-251-8191. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). Comuníquese con nosotros desde 1 de octubre hasta el 31 de marzo: de 7:30 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Comuníquese con nosotros desde 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de 7:30 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Nota: no atendemos en la mayoría de los días feriados federales. Si no estamos atendiendo, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos se contestarán en el plazo de 1 día hábil. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2019* (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año).

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2019. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2019* para Inter Valley Health Plan Desert Preferred Choice (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Allí se explica cuáles son sus derechos y las normas que debe cumplir para

obtener los servicios y los medicamentos con receta cubiertos. En este sobre se incluye una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestra página web

También puede visitar nuestro sitio web en www.ivhp.com. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores y farmacias) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite la página web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. También puede encontrar información sobre los planes en su área a través de Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para obtener más información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en "Find health & drug plans" [Buscar planes de salud y medicamentos]).

Lea *Medicare & You 2019* (Medicare y usted 2019)

Puede leer el manual *Medicare & You 2019* (Medicare y usted 2019). Cada año, en otoño, se envía este folleto a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como respuestas a preguntas frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o bien llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

AVISO SOBRE NO DISCRIMINACIÓN Y REQUISITOS DE ACCESIBILIDAD

Inter Valley Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata diferente a las personas por motivos o cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Inter Valley Health Plan brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera efectiva con nosotros, como intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).

Inter Valley Health Plan brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma materno no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Inter Valley Health Plan.

Si cree que Inter Valley Health Plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo en persona, por teléfono, correo postal o fax a la siguiente dirección:

Inter Valley Health Plan
Manager, Grievance and Appeals Department
300 S. Park Avenue, Suite 300, Pomona, CA 91769-6002
800-251-8191, ext. 469, (TTY/TDD: 711)
FAX: 909-620-6413

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Departamento de Servicios para Miembros de Inter Valley Health Plan está a disposición para ayudar.

O bien, puede completar el "Formulario para presentar un reclamo" en nuestro sitio web en: www.ivhp.com/AppealsGrievance.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por teléfono o correo postal a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY/TDD: 1-800-537-7697)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Inter Valley Health Plan es un plan HMO sin fines de lucro que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Inter Valley Health Plan depende de la renovación del contrato.



Inter Valley Health Plan

Planes de Medicare. Pura Salud, No Lucro

SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN DE IDIOMAS

ENGLISH: ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-251-8191. (TTY/TDD: 711).

SPANISH: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-251-8191. (TTY/TDD: 711).

CHINESE TRADITIONAL: 注意：如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-251-8191。(TTY/TDD: 711)。

CHINESE SIMPLIFIED: 注意：如果您使用中文，您可以免费获得语言援助服务，请致电 1-800-251-8191。(TTY/TDD: 711)。

VIETNAMESE: CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Xin vui lòng gọi số 1-800-251-8191. (TTY/TDD: 711).

TAGALOG: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-251-8191. (TTY/TDD: 711).

KOREAN: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-251-8191 번으로 연락해 주십시오. (TTY/TDD: 711).

ARMENIAN: Ուշադրություն: Եթե խոսում եք հայերեն, ապա Ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարե՛ք 1-800-251-8191 հեռախոսահամարով: Հեռատիպի համարն է՝ 711:

PERSIAN (FARSI): ین ابز تالی هست، دینک یم وگتفگ یسراف نابز مبرگا: هجوت: 1-800-251-8191 دیریگب سامت. (TTY/TDD: 711). دیشاب یم مہارف امش یارب ناگیار تروصب

RUSSIAN: ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вы можете бесплатно получить услуги перевод;а. Звоните по телефону 1-800-251-8191 (TTY/TDD: 711).

JAPANESE: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。お問合せ先 1-800-251-8191. (TTY/TDD: 711).

ARABIC: كل رفاوتت ةيوغلللا ةدعاسملا تامدخ نإف، ةيبرعلا ثدحتت تنك اذا: ةظوحلم (711: يصنلا فتاهلا). 1-800-251-8191 مقرب لصتا. ناجملاب

PUNJABI: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-251-8191 ਉੱਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY/TDD: 711)।

MON-KHMER, CAMBODIAN: សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្តីស្ត្រីជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ ដែលស្រាវជ្រាវផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ អាចមានសំរាប់ប្តីអ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-251-8191 ។ (TTY/TDD: 711) ។

HMONG: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob (Ntawv Suav - Hmoob), muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau 1-800-251-8191. (TTY/TDD: 711).

HINDI: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। कॉल करें 1-800-251-8191, (TTY/TDD: 711)।

THAI: โปรดทราบ: ถ้า คุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้ บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ ฟรี โทร 1-800-251-8191 (TTY/TDD: 711).



Inter Valley Health Plan

Planes de Medicare. Pura Salud, No Lucro

Equipo de atención para los miembros:

1-800-251-8191 para beneficios médicos. Las llamadas a este número son gratuitas.

1-844-237-2228 para beneficios odontológicos. Las llamadas a este número son gratuitas.

O 1-909-623-6333 - Las llamadas locales a este número son gratuitas.

Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Comuníquese con nuestro Equipo de atención para los miembros, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Comuníquese con nosotros desde 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Nota: no atendemos en la mayoría de los días feriados federales. Si no estamos atendiendo, tiene la opción de dejar un mensaje. Responderemos los mensajes que recibamos el siguiente día hábil.

Centro de atención de farmacia:

1-866-632-7890. Las llamadas a este número son gratuitas.

Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-866-706-4757.

Hay un representante disponible durante las 24 horas, los siete días de la semana.

Nuestro Equipo de atención para los miembros y nuestro Centro de atención de farmacia también ofrecen un servicio de interpretación gratuito para las personas que no hablan inglés.