



Inter Valley Health Plan

Planes de Medicare. Pura Salud, No Lucro

Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO) ofrecido por Inter Valley Health Plan

Aviso anual de cambios para 2018

Actualmente está inscrito como miembro de Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y los beneficios del plan. En este folleto se describen esos *cambios*.

- **Del 15 de octubre al 7 de diciembre podrá realizar cambios en su cobertura de Medicare para el año próximo.**

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTAR: Qué cambios rigen en su caso

- Verifique los cambios en los costos y los beneficios para saber si lo afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que cubra sus necesidades el año próximo.
 - ¿Esos cambios afectan los servicios que utiliza?
 - Consulte la Sección 1.5 para obtener información sobre los cambios en los costos y los beneficios de nuestro plan.
- Verifique los cambios en la cobertura de medicamentos con receta para saber si lo afectan.
 - ¿Estarán cubiertos 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 continuar 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 2018 para obtener información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos.
- Verifique que sus médicos y demás proveedores estén dentro de la red el año próximo.
 - ¿Sus médicos participan en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales y demás proveedores que utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre el Directorio de proveedores y farmacias.

- Considere los costos generales de atención médica.
- ¿Cuánto pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza con frecuencia?
 - ¿Cuánto pagará de prima y 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 Medicare Plan Finder (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 sus opciones.
- Una vez que acota la búsqueda a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELEGIR: Decida si** desea cambiar de plan.

- Si desea **seguir** en Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO), no debe hacer nada. Continuará en Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO).
- Para cambiar a un **plan diferente** que cubra mejor sus necesidades, puede cambiarse de plan del 15 de octubre al 7 de diciembre.

4. **INSCRIBIRSE:** Para cambiar de plan, debe inscribirse en un plan del **15 de octubre** al **7 de diciembre de 2017**.

- Si **no se inscribe antes del 7 de diciembre de 2017**, continuará en Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO).
- Si **se inscribe antes del 7 de diciembre de 2017**, la cobertura nueva comenzará el 1.º de enero de 2018.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible, sin cargo, en español.

Para obtener información adicional, póngase en contacto con el Equipo de atención para los miembros al 1-800-251-8191. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Contáctenos del 1.º de octubre al 14 de febrero: de 7:30 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Contáctenos del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 7:30 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Nota: No abrimos en la mayoría de los feriados nacionales. Cuando tengamos cerrado, tiene la opción de dejarnos un mensaje. Responderemos los mensajes que recibamos el siguiente 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 deben llamar al 711) si necesita información del plan en otro formato.

- **La cobertura de este plan califica como cobertura esencial mínima (MEC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Atención Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de Inter Valley Health Plan Service To Seniors (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.
- En este folleto, los pronombres "nosotros", "nos" o "nuestro/a" hacen referencia a *Inter Valley Health Plan*. Los términos "plan" o "nuestro plan" hacen referencia a *Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO)*.

Resumen de costos importantes para 2018

En la siguiente tabla se comparan los costos de Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO) para 2017 y 2018 en distintas áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante que lea el resto de este *Aviso anual de cambios* y que revise la *Evidencia de cobertura* que se adjunta para comprobar si se verá afectado por otros cambios en los costos o beneficios.**

<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.</p>	\$0	\$0
<p>Monto máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Este es el <u>máximo</u> que tendrá que pagar 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>	\$2,000	\$2,000
<p>Consultas en el consultorio del médico</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: \$0 por consulta</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: \$0 por consulta</p>
<p>Estadías en el hospital para pacientes internados</p> <p>Incluye cuidados agudos, rehabilitación, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente es ingresado al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado.</p>	<p>Copago de \$0 por cada hospitalización cubierta por Medicare.</p>	<p>Copago de \$0 por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare; excepto Riverside Community Hospital, en cuyo caso el copago es de \$300.</p> <p>Usted paga \$0 por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare (excepto la estadía como paciente internado en Riverside Community Hospital).</p> <p>Usted paga \$300 por cada estadía en el hospital como paciente internado cubierta por Medicare en Riverside Community Hospital. Este copago regirá sin excepciones.</p>

Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

(Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).

Copagos durante la etapa de cobertura inicial:

- Medicamento de nivel 1: \$5 por receta para un suministro de 30 días cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red
- Medicamento de nivel 2: \$12 por receta para un suministro de 30 días cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red
- Medicamento de nivel 3: \$47 por receta para un suministro de 30 días cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red
- Medicamento de nivel 4: 25 % del costo total por receta para un suministro de 30 días cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red
- Medicamento de nivel 5: 33 % del costo total por receta para un suministro de 30 días cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red
- Medicamento de nivel 6: \$0 por receta para un suministro de 30 días cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red

Copagos durante la etapa de cobertura inicial:

- Medicamento de nivel 1: \$5 por receta para un suministro de 30 días cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red
- Medicamento de nivel 2: \$12 por receta para un suministro de 30 días cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red
- Medicamento de nivel 3: \$47 por receta para un suministro de 30 días cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red
- Medicamento de nivel 4: 25 % del costo total por receta para un suministro de 30 días cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red
- Medicamento de nivel 5: 33 % del costo total por receta para un suministro de 30 días cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red
- Medicamento de nivel 6: \$0 por receta para un suministro de 30 días cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red

Aviso anual de cambios para 2018**Índice**

Resumen de costos importantes para 2018	4
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y los beneficios para el próximo año ...	8
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	8
Sección 1.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	8
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores	9
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias	9
Sección 1.5: Cambios en los costos y los beneficios para los servicios médicos...	10
Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D	11
SECCIÓN 2 Cómo elegir el plan.....	13
Sección 2.1: Si desea seguir en Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO).....	13
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan.....	13
SECCIÓN 3 Plazo límite para el cambio de plan	14
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	14
SECCIÓN 5 Programas de asistencia para el pago de medicamentos con receta	14
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?.....	15
Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO).....	15
Sección 6.2: Cómo obtener asistencia de Medicare.....	16

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Prima mensual (Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0
---	-----	-----

- La prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar un recargo por inscripción tardía en la Parte D de por vida, por no tener otra cobertura de medicamentos igual o superior a la cobertura de Medicare (también llamada "cobertura acreditable"), durante 63 días o más, si se inscribe en la cobertura de medicamentos con receta 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.
- Si recibe "ayuda adicional" para pagar los costos de los medicamentos con receta, su prima mensual será *menor*.

Sección 1.2: Cambios en el monto máximo que paga 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.

Monto máximo de gastos de bolsillo El costo para servicios médicos cubiertos (como copagos) se tiene en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo. El costo por medicamentos con receta no se tiene en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo.	Límite de \$2,000 de lo que paga de su bolsillo Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada más durante el resto del año calendario por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	Límite de \$2,000 de lo que paga de su bolsillo Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada más durante el resto del año calendario por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
---	--	--

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 para 2018 y verifique si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que, durante el año, es posible que realicemos cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) participantes en el plan. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al 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.
- Procuraremos, de buena fe, avisarle que su médico 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 ayudarlo 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 con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de las 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 2018 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

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

Nosotros cambiaremos la cobertura de algunos servicios médicos para el año próximo. La información continuación describe estos cambios. Si desea obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, de la *Evidencia de cobertura de 2018*.

Atención de emergencia	<p>Copago de \$75 para visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$75 para cobertura universal, por servicios que son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica urgente/de emergencia.</p> <p>Límite de \$20,000 para servicios de emergencia fuera de los EE. UU. o sus territorios, por año.</p>	<p>Copago de \$100 para visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$100 para cobertura universal, por servicios que son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica urgente/de emergencia.</p> <p>Límite de \$20,000 para servicios de emergencia fuera de los EE. UU. o sus territorios, por año.</p>
Atención para pacientes internados en un hospital - cuidados intensivos	Usted paga \$0.	<p>Copago de \$0 por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare; excepto Riverside Community Hospital, en cuyo caso el copago es de \$300.</p> <p>Usted paga \$0 por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare (excepto la estadía como paciente internado en Riverside Community Hospital).</p> <p>Usted paga \$300 por cada estadía en el hospital como paciente internado cubierta por Medicare en Riverside Community Hospital. Este copago regirá sin excepciones.</p>
Atención psiquiátrica para pacientes externos	Copago de \$10 por cada consulta de terapia en un entorno individual o grupal, cubierta por Medicare.	Copago de \$0 por cada consulta de terapia en un entorno individual o grupal, cubierta por Medicare.
Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos.	Copago de \$10 por cada consulta de terapia en un entorno individual o grupal, cubierta por Medicare.	Copago de \$0 por cada consulta de terapia en un entorno individual o grupal, cubierta por Medicare.
Servicios psiquiátricos	Copago de \$10 por cada consulta de terapia en un entorno individual o grupal, cubierta por Medicare.	Copago de \$0 por cada consulta de terapia en un entorno individual o grupal, cubierta por Medicare.

Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en la 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 restricciones de algún tipo.**

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

- **Consultar a su médico (o a quien le prescribe el medicamento) y pedir al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **Le recomendamos a los miembros actuales** que pidan una excepción antes del año próximo.
 - Para saber cómo 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, quejas])* o llame al Centro de atención de farmacia, al 1-866-632-7890 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-706-4757). Hay un representante disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- **Consultar a su médico (o a quien le prescribe el medicamento) para buscar otro medicamento** que sí esté cubierto. Puede llamar a nuestro Centro de atención de farmacia, al 1-866-632-7890 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-706-4757), y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Hay un representante disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana.

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.

Cambios en los costos de medicamentos con receta

Nota: Si usted participa en un programa que ayuda a pagar los 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 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.º de octubre de 2017, 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". Cuánto paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. (Puede consultar la sección 2 del capítulo 6 de su *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. Si desea obtener información sobre los costos de estas etapas, consulte las Secciones 5 y 6 del Capítulo 6 en la *Evidencia de cobertura* que se adjunta).

Cambios en la etapa del deducible

Etapa 1: Etapa del deducible anual	Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.	Dado que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.
---	--	--

Cambios en el costo compartido en la etapa inicial de cobertura

Para saber más acerca de los copagos y el coseguro, consulte la Sección 1.2: *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos del Capítulo 6, de la Evidencia de cobertura.*

<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 de esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo; o de pedidos por correo, consulte la Sección 4 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nuevo nivel, consulte la Lista de medicamentos.</p>	<p>Sus costos por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$5 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$12 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca no preferidos: Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p>Nivel de medicamentos especializados: Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p>Medicamentos de atención seleccionada: Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos alcance los \$3,700, usted pasará a la siguiente etapa (la etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Sus costos por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$5 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$12 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p>Nivel de medicamentos especializados: Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p>Medicamentos de atención seleccionada: Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que el costo total de sus medicamentos alcance los \$3,750, usted pasará a la siguiente etapa (la 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 alcanza la etapa del período sin cobertura ni la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener más información acerca de sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 5 y 6, del Capítulo 6, de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo elegir el plan

Sección 2.1: Si desea seguir en Inter Valley Health Plan SERVICE TO SENIORS (HMO)

Para continuar en nuestro plan, no deber hacer nada. Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, permanecerá, automáticamente, inscrito en nuestro plan para el año 2018.

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que el año próximo siga siendo miembro de nuestro plan, pero si desea cambiar en 2018, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare las opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- O puede cambiarse 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 distintos tipos de planes de Medicare, lea *Medicare & You 2018* (Medicare y usted 2018), llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (consulte la Sección 4), o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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. Vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en Find health & drug plans (Buscar planes de salud y medicamentos). **Aquí encontrará información sobre costos, cobertura y evaluaciones de calidad de los planes de salud de Medicare.**

Le recordamos que *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 la cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará su inscripción en Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, debe inscribirse en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se cancelará su inscripción en Inter Valley Health Plan Service To Seniors (HMO).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - 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 puede llamar a **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo límite para el cambio de plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Original Medicare para el próximo año, podrá hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio será efectivo el 1.º de enero de 2018.

¿Es posible hacer cambios en otros momentos 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. Si desea obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10, de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage a partir del 1.º de enero de 2018 y no está satisfecho con el plan, puede cambiarse a Original Medicare del 1.º de enero al 14 de febrero de 2018. Si desea 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 SHIP (State Health Insurance Assistance Program: Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud) 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 (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, 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 a fin 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 Los Angeles: Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP), Center for Health Care Rights, 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214, Los Angeles, CA 90057.

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

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

Condado de Orange: Orange Council on Aging Southern California (HICAP), 2 Executive Circle, Suite 175, Irvine, CA 92614.

Puede obtener más información acerca del HICAP en su sitio web (www.aging.ca.gov/hicap).

SECCIÓN 5 Programas de asistencia para el pago de medicamentos con receta

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 deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los siete 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 deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes);
 - O la Oficina de Medicaid (Medi-Cal) estatal local (solicitudes).
- **Asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta para personas con VIH/sida.** El Programa de asistencia de medicamentos contra el sida (AIDS Drug Assistance Program, 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 programa ADAP, el Departamento de Salud Pública de California (California Department of Public Health, CDPH), Centro para Enfermedades Infecciosas (Center for Infectious Diseases), Oficina de Programas y Políticas sobre el Sida (Office of AIDS, 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 para Enfermedades Infecciosas, Oficina de Programas y Políticas sobre el Sida (OA) al 1-844-421-7050 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929). Para obtener más información acerca del Departamento de Salud Pública de California (CDPH), Centro para Enfermedades Infecciosas, Oficina de Programas y Políticas sobre el Sida (OA), visite su sitio web www.cdph.ca.gov/programs/AIDS.

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de Inter Valley Health Plan SERVICE TO SENIORS (HMO)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Comuníquese con nuestro Equipo de atención para los miembros al 1-800-251-8191. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Contáctenos del 1.º de octubre al 14 de febrero: de 7:30 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Contáctenos del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 7:30 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Nota: No abrimos en la mayoría

de los feriados nacionales. Cuando tengamos cerrado, tiene la opción de dejarnos un mensaje. Responderemos los mensajes que recibamos el siguiente día hábil. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de cobertura* para 2018 (allí encontrará detalles sobre los beneficios y los costos del año próximo)

En este *Aviso anual de cambios*, se ofrece un resumen de los cambios que se realizarán en los beneficios y los costos para el año 2018. Si desea obtener información más detallada, revise la *Evidencia de cobertura* para 2018 de Inter Valley Health Plan Service To Seniors (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 nuestro sitio 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 (directorío de proveedores y farmacias) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario/lista de medicamentos).

Sección 6.2: Cómo obtener asistencia 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 deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Allí encontrará información sobre costos, cobertura y evaluaciones de calidad que le permitirán 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 ver la información sobre los planes, vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en Find health & drug plans [Buscar planes de salud y medicamentos]).

Lea *Medicare & You 2018* (Medicare y usted 2018)

Puede leer el manual *Medicare & You 2018* (Medicare y usted 2018). 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 no tiene una copia de este folleto, 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, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

AVISO GENERAL SOBRE LA NO DISCRIMINACIÓN Y LOS REQUISITOS DE ACCESIBILIDAD

Inter Valley Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina, excluye o trata a la gente de una manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Inter Valley Health Plan provee asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como intérpretes certificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (documentos en formato grande, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).

Inter Valley Health Plan ofrece servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como intérpretes certificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con Inter Valley Health Plan Member Services.

Si usted cree que Inter Valley Health Plan no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en persona, por teléfono, por correo, o fax, en:

Inter Valley Health Plan
Atención: Robin Davis, Gerente
Departamento de Quejas y Apelaciones
300 S. Park Avenue, Suite 300
Pomona, CA 91769-6002
800-251-8191 Ext. 469 (TTY: 711)
FAX: 909-620-6413

Si necesita ayuda para presentar una queja, los Servicios para Miembros de Inter Valley Health Plan están disponibles para ayudarle.

O llenando el formulario de "Presentar una queja" en nuestro sitio web en:
www.ivhp.com/AppealsGrievance.

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

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY: 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 una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) sin fines de lucro con un contrato de 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 INTÉRPRETES DE MÚLTIPLES 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: 711).

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

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

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

PERSIAN (FARSI): ینابز تالی هست، دینک یم وگتفگ یراف نابز هب رگا: هجوت: 1-800-251-8191 مرامش اب. دشاب یم مہارف امش یارب ناگیار تروصب (TTY: 711).

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

ARABIC: كل رفاوت ةيوجلل ةدعاسملا تامدخ ناف، ةيبرعلا شحتت تنك اذا: ةطوولم: 1-800-251-8191. (711: يصلنلا فتاهل). مقرب لصلتا. ناجملاب

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

MON-KHMER, CAMBODIAN: សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប៊ីសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ ឬសំរោងជំនួយជូនកែភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ អាចមានសំរាប់ប៊ីអ៊ីអ៊ីអ៊ី ។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-251-8191 ។ (TTY: 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: 711).

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

THAI: โปรดทราบ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-251-8191 (TTY: 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 deben llamar al 711.

Contáctenos del 1.º de octubre al 14 de febrero: de 7:30 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Contáctenos del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 7:30 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Nota: No abrimos en la mayoría de los feriados nacionales. Cuando tengamos cerrado, tiene la opción de dejarnos 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.

Hay un representante disponible las 24 horas del día, 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.