

# **Genesis @ Home Constellation Health (HMO SNP) ofrecido por Constellation Health, LLC.**

## **Aviso anual de cambios para 2019**

En la actualidad, está inscrito como miembro de Genesis @ Home Constellation Health (HMO SNP). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

---

### **Qué hacer ahora**

#### **1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted**

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
  - Es importante que revise ahora su cubierta para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
  - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
  - Consulte las Secciones 1.5 y 1.6 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
  
- Verifique los cambios en el folleto correspondientes a nuestra cubierta para medicamentos con receta para saber se aplican a usted.
  - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
  - ¿Los medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido distinto?
  - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
  - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
  - Revise la Lista de medicamentos para 2019 y consulte la Sección 1.4 para obtener información sobre los cambios en nuestra cubierta para medicamentos.
  - Los costos de los medicamentos pueden haber aumentado respecto del año pasado. Consulte con su médico sobre alternativas disponibles para usted y que tengan un costo menor. Esto puede ayudarle a ahorrar en los costos anuales que paga de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos cuadros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos por año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden variar los costos de sus medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
  - ¿Se encuentran sus médicos en nuestra red?
  - ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
  - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
  
- Piense acerca de los costos generales de atención de la salud.
  - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
  - ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
  - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cubierta de Medicare?
  
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

## 2. **COMPARE:** conozca otras opciones del plan

- Revise la cubierta y los costos de los planes en su área.
  - Use la función de búsqueda personalizada 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 de medicamentos).
  - Revise la lista en la contraportada del manual Medicare & You (Medicare y Usted).
  - Consulte la Sección 2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.
  
- Una vez que limita su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cubierta en el sitio web del plan.

## 3. **ELIJA: decida si** desea cambiar su plan

- Si desea **conservar** Genesis @ Home Constellation Health (HMO SNP), no es necesario que haga nada. Permanecerá en Genesis @ Home Constellation Health (HMO SNP).
- Si desea cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde ahora hasta el 31 de diciembre. Consulte la sección 1.2, página 12 para conocer más sobre sus opciones.

## 4. **INSCRÍBASE:** para cambiar los planes, inscríbase en un plan desde ahora hasta el 31 de diciembre.

- Si **no se inscribe en otro plan antes del 31 de diciembre de 2018**, permanecerá en Genesis @ Home Constellation Health (HMO SNP).

- Si se inscribe en otro plan antes del 31 de diciembre de 2018, su nueva cubierta comenzará el 1 de enero de 2019.
- A partir de 2019, hay nuevos límites en la frecuencia con la que puede cambiar de plan. Consulte la sección 3, página 13 para obtener más información.

### **Recursos adicionales**

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicio al cliente al 1-866-714-0724 (libre de costo) o 787-304-4040 (área Metro). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-805-7777). Nuestro horario de servicio es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- Estos documentos están disponibles en otros formatos como letra grande.
- **La cubierta según este plan califica como cubierta de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

### **Acerca de Genesis @ Home Constellation Health (HMO SNP)**

- Constellation Health es un plan HMO con un contrato Medicare. La afiliación en Constellation Health depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Constellation Health, LLC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Genesis @ Home Constellation Health (HMO SNP).

## Resumen de costos importantes para 2019

La siguiente tabla compara los costos de 2018 y 2019 para Genesis @ Home Constellation Health (HMO SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este Aviso anual de cambios** y revisar la *Evidencia de cubierta* para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan.

| Costo   | 2018 (este año)   | 2019 (próximo año)  |
|---|---|---|
| <b>Prima mensual del plan*</b><br>* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.   | \$0   | \$0   |
| <b>Consultas en el consultorio del médico</b>   | Consultas de atención primaria: \$0 por consulta<br><br>Consultas a especialistas: \$0 por consulta | Consultas de atención primaria: \$0 por consulta<br><br>Consultas a especialistas: \$0 por consulta |
| <b>Hospitalizaciones</b><br>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. | \$0   | \$0   |

**Cubierta para medicamentos con receta de la Parte D**

(Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).

Deducible: \$0

Copago durante la Etapa de cubierta inicial:

- Medicamentos de Nivel 1:  
Niños (0-20): \$0  
Adultos:  
100 Código: \$0 copago  
110 Código: \$0 copago  
120 Código: \$0 copago  
130 Código: \$0 copago
- Medicamentos Nivel 2:  
Niños (0-20): \$0  
Adultos:  
100 Código: \$0 copago  
110 Código: \$0.50 de copago  
120 Código: \$0.50 de copago  
130 Código: \$0.50 de copago
- Medicamentos Nivel 3:  
Niños (0-20): \$0  
Adultos:  
100 Código: \$0 copago  
110 Código: \$2 de copago  
120 Código: \$2 de copago

Deducible: \$0

Copago durante la Etapa de cubierta inicial:

- Medicamentos de Nivel 1:  
Niños (0-21): \$0  
Adultos:  
100 Código: \$0 copago  
110 Código: \$0 copago  
120 Código: \$0 copago  
130 Código: \$0 copago
- Medicamentos Nivel 2:  
Niños (0-21): \$0  
Adultos:  
100 Código: \$0 copago  
110 Código: \$0 copago  
120 Código: \$0 copago  
130 Código: \$0 copago
- Medicamentos Nivel 3:  
Niños (0-21): \$0  
Adultos:  
100 Código: \$0 copago  
110 Código: \$2 de copago  
120 Código: \$2 de copago

| Costo  | 2018 (este año)  | 2019 (próximo año)   |
|--|--|--|
|  | 130 Código: \$2 de copago<br><br>• Medicamentos Nivel 4:<br>Niños (0-20): \$0<br>Adultos:<br>100 Código: \$0 copago<br>110 Código: \$3 de copago<br>120 Código: \$3 de copago<br>130 Código: \$3 de copago | 130 Código: \$2 de copago<br><br>• Medicamentos Nivel 4:<br>Niños (0-21): \$0<br>Adultos:<br>100 Código: \$0 copago<br>110 Código: \$3 de copago<br>120 Código: \$3 de copago<br>130 Código: \$3 de copago |
| <b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b>  | \$3,400  | \$3,400  |
| Esto es cambio lo <u>máximo</u> que usted pagará por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la sección 1.2 para detalles.) |  |  |

## **Aviso anual de cambios para 2019**

### **Índice**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Resumen de costos importantes para 2019 .....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo.....</b>                  | <b>5</b>  |
| Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual .....   | 5         |
| Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo .....                        | 5         |
| Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....   | 5         |
| Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....   | 6         |
| Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....                | 6         |
| Sección 1.6 – Cambios en la cubierta para medicamentos con receta de la Parte D .....         | 8         |
| <b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>   | <b>12</b> |
| Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Genesis @ Home Constellation Health (HMO SNP) ..... | 12        |
| Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan .....  | 12        |
| <b>SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan .....</b>   | <b>14</b> |
| <b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>            | <b>14</b> |
| <b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta .....</b>               | <b>15</b> |
| <b>SECCIÓN 6 Preguntas.....</b>   | <b>15</b> |
| Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Genesis @ Home Constellation Health (HMO SNP). ..         | 15        |
| Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare .....  | 16        |
| Sección 6.3 – Cómo recibir ayuda del Plan de Salud del Gobierno (Medicaid) .....              | 16        |

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

### Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

| Costo   | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|-----------------|--------------------|
| <b>Prima mensual</b><br>(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare). | \$0             | \$0                |

### Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

| Costo   | 2018 (este año) | 2019 (próximo año)   |
|---|-----------------|--|
| <b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b><br>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. Sus costos para medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. | \$3,400         | \$3,400<br>Una vez que haya pagado \$3,400 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario. |

### Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web [www.constellationhealthpr.com](http://www.constellationhealthpr.com), se encuentra disponible un Directorio de proveedores

actualizado. También puede llamar a Servicio al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2019 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

---

## Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

---

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

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web [www.constellationhealthpr.com](http://www.constellationhealthpr.com), se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicio al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2019 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

---

## Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

---

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información 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 está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2019*.

| Costo   | 2018 (este año)   | 2019 (próximo año)   |
|---|---|--|
| <b>Dispositivos de seguridad para el baño y/o artefactos que operan con energía solar, electricidad o combustible</b> | <p>Usted paga \$0 de copago por Dispositivos de seguridad para el baño.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$150 para Dispositivos de seguridad para el baño.</p> | <p>Usted paga \$0 de copago para Dispositivos de seguridad para el baño y/o artefactos que operan con energía solar, electricidad o combustible.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta \$150 para dispositivos de seguridad en el baño y/o artefactos que operan con energía solar, electricidad o combustible para soporte de equipos médicos electrónicos (refrigeración por insulina, bombas de alimentación enteral,</p> |

| Costo                              | 2018 (este año)                                      | 2019 (próximo año)   |
|------------------------------------|--|--|
|                                    |  | <p>concentradores de oxígeno, camas semi-eléctricas, y otros equipos de salud similares) cuando existe una necesidad médica para proporcionar el beneficio al afiliado. El beneficiario debe formar parte del equipo de manejo de cuidado y dicho equipo se provee bajo la dirección de un profesional médico autorizado.</p> <p>Cubrimos los siguientes dispositivos de seguridad para el baño:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Silla de baño/ducha, de cualquier tamaño;</li> <li>• Baranda de pared de bañera 18"; baranda para la bañera, base del piso;</li> <li>• Baranda de baño;</li> <li>• Asiento del inodoro elevado, taburete para la bañera o banco;</li> <li>• Evaluación del entorno para determinar la idoneidad de las necesidades del afiliado y la instalación de los dispositivos mencionados</li> </ul> <p>Algunos servicios requieren pre-autorización. Contacte al plan para detalles.</p> |
| <p><b>Servicio de cuidador</b></p> | <p>Servicio de cuidador <u>no</u> está cubierto.</p> | <p>Usted paga \$0 de copago para Servicio de cuidador.</p> <p>Hasta ocho (8) horas de servicio de cuidador al mes en intervalos de cuatro (4) horas.</p>   |

| Costo                              | 2018 (este año)  | 2019 (próximo año)  |
|------------------------------------|--|---|
|                                    |  | Algunos servicios requieren pre-autorización. Contacte al plan para detalles.   |
| <b>Servicios de transportación</b> | <p>Usted paga \$0 de copago por Servicios de transportación.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta cuatro (4) viajes de una vía a lugares aprobados por el plan.</p> | <p>Usted paga \$0 de copago por Servicios de transportación.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de transportación ilimitados a lugares aprobados por el plan.</p> <p>Algunos servicios requieren pre-autorización. Contacte al plan para detalles.</p> |

## Sección 1.6 – Cambios en la cubierta para medicamentos con receta de la Parte D

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Le proporcionamos una copia de nuestra Lista de medicamentos vía electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cubierta para ciertos 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 un cambio en la cubierta para medicamentos lo afecta a usted, puede hacer lo siguiente:

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** solicitar una excepción antes del próximo año.
  - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cubierta (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cubierta, apelaciones, quejas])* o llame a Servicio al cliente.

- **Consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a Servicio al cliente y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. En 2019, los miembros que se encuentren en centros de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) ahora recibirán un suministro temporal que tiene la misma cantidad de días de suministro temporal proporcionado en todos los demás casos: 30 días de medicamentos en lugar de la cantidad proporcionada en 2018 (90 de medicamentos). (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 cubierta*). Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

A partir de 2019, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico del mismo nivel de costo compartido o de un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Esto significa que, si está tomando el medicamento de marca que será reemplazado por el nuevo medicamento genérico (o el nivel o la restricción del medicamento de marca cambia), no recibirá siempre aviso del cambio 60 días antes de que lo apliquemos ni recibirá un resurtido para 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, aún recibirá información sobre el cambio específico que realicemos, pero el aviso le puede llegar después de que apliquemos el cambio.

Además, a partir de 2019, antes de que hagamos otros cambios durante el año en nuestra Lista de medicamentos que debamos informarle con anticipación cuando esté tomando un medicamento determinado, le proporcionaremos un aviso 30 días, no 60 días, antes de que apliquemos el cambio. O le proporcionaremos un resurtido para 30 días, y no para 60 días, del medicamento de marca en una farmacia de la red.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo planeado y proporcionaremos otra información obligatoria para reflejar los cambios de 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 cubierta*).

## Cambios en los costos de los medicamentos con receta

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

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cubierta inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cubierta o la Etapa de cubierta en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cubierta*).

### Cambios en la Etapa del deducible

| Etapa                                     | 2018 (este año)   | 2019 (próximo año)  |
|---|---|---|
| <b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b> | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. | Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. |

### Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cubierta inicial

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

| Etapa  | 2018 (este año)  | 2019 (próximo año)   |
|--|--|--|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de cubierta inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> | <p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p><b>Medicamentos genéricos:</b><br/>Niños (0-20): \$0<br/>Adultos:</p> | <p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p><b>Medicamentos genéricos:</b><br/>Niños (0-21): \$0<br/>Adultos:</p> |

|   |   |   |
|---|---|---|
|   | <p>100 Código: \$0 copago<br/>                     110 Código: \$0 copago<br/>                     120 Código: \$0 copago<br/>                     130 Código: \$0 copago</p> <p><b>Medicamentos de marca preferida:</b><br/>                     Niños (0-20): \$0<br/>                     Adultos:<br/>                     100 Código: \$0 copago<br/>                     110 Código: \$0.50 de copago<br/>                     120 Código: \$0.50 de copago<br/>                     130 Código: \$0.50 de copago</p> <p><b>Medicamentos de marca no preferida:</b><br/>                     Niños (0-20): \$0<br/>                     Adultos:<br/>                     100 Código: \$0 de copago<br/>                     110 Código: \$2 de copago<br/>                     120 Código: \$2 de copago<br/>                     130 Código: \$2 de copago</p> <p><b>Medicamentos de marca no preferida:</b><br/>                     Niños (0-20): \$0<br/>                     Adultos:<br/>                     100 Código: \$0 de copago<br/>                     110 Código: \$3 de copago<br/>                     120 Código: \$3 de copago<br/>                     130 Código: \$3 de copago</p> | <p>100 Código: \$0 copago<br/>                     110 Código: \$0 copago<br/>                     120 Código: \$0 copago<br/>                     130 Código: \$0 copago</p> <p><b>Medicamentos de marca preferida:</b><br/>                     Niños (0-21): \$0<br/>                     Adultos:<br/>                     100 Código: \$0 copago<br/>                     110 Código: \$0 copago<br/>                     120 Código: \$0 copago<br/>                     130 Código: \$0 copago</p> <p><b>Medicamentos de marca no preferida:</b><br/>                     Niños (0-21): \$0<br/>                     Adultos:<br/>                     100 Código: \$0 de copago<br/>                     110 Código: \$2 de copago<br/>                     120 Código: \$2 de copago<br/>                     130 Código: \$2 de copago</p> <p><b>Medicamentos de marca no preferida:</b><br/>                     Niños (0-21): \$0<br/>                     Adultos:<br/>                     100 Código: \$0 de copago<br/>                     110 Código: \$3 de copago<br/>                     120 Código: \$3 de copago<br/>                     130 Código: \$3 de copago</p> |
| <p><b>Etapa 2: Etapa de cubierta inicial (continuación)</b></p>   | <p>_____</p>  | <p>_____</p>  |
| <p>Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo</p> | <p>Una vez que haya pagado \$3,750 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de</p>   | <p>Una vez que haya pagado \$3,820 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de</p>   |

compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cubierta*.

cubierta en situaciones catastróficas).

cubierta en situaciones catastróficas).

**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.**

### **Cambios en la Etapa del período sin cubierta y en la Etapa de cubierta en situaciones catastróficas**

Las otras dos etapas de cubierta para medicamentos, la Etapa del período sin cubierta y la Etapa de cubierta en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cubierta o a la Etapa de cubierta en situaciones catastróficas.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cubierta*.

## **SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir**

### **Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Genesis @ Home Constellation Health (HMO SNP)**

**Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada.** Si no se inscribe en 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 cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Su nueva cubierta comenzará el primer día del mes siguiente. Si cambia 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 en 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 Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) disponible en el sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos). **Aquí puede encontrar información sobre costos, cubierta y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Le recordamos que Constellation Health, LLC. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cubierta, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

## Paso 2: Cambie su cubierta

- Para cambiar a **un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Genesis @ Home Constellation Health (HMO SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Genesis @ Home Constellation Health (HMO SNP).
- 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 Servicio al cliente (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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

### 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 ahora hasta el 1 de enero de 2019. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2019.

#### ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cubierta de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. A partir de 2019, hay nuevos límites en la frecuencia con la que puede cambiar de plan. Para más información, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cubierta*.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cubierta para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cubierta para medicamentos con receta de Medicare) 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 cubierta*.

### SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa de asistencia de seguro de salud del estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Puerto Rico, el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP).

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa 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 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) llamando al 1-877-725-4300. Para obtener más información sobre Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), visite su sitio web (<http://www2.pr.gov/agencias/oppea/educacion/Pages/ship.aspx>).

Si tiene preguntas sobre los beneficios de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP), comuníquese con el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (Medicaid) al 787-641-4224. Los usuarios de TTY deben llamar al 787-625-6955. El horario es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (Medicaid).

## SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través de la Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles del Departamento de Salud de Puerto Rico. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, por favor llame a 787-765-2929, Ext. 5106, 5135, 5136.

## SECCIÓN 6 Preguntas

### Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Genesis @ Home Constellation Health (HMO SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicio al cliente al 1-866-304-4040 (libre de costo) o 787-304-4040 (área Metro). (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-805-7777). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

#### **Lea su *Evidencia de cubierta* 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 detalles, consulte la *Evidencia de cubierta* de 2019 para Genesis @ Home Constellation Health (HMO SNP). La *Evidencia de cubierta* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Una copia de la *Evidencia de Cubierta*.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [www.constellationhealthpr.com](http://www.constellationhealthpr.com). Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

---

## **Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare**

---

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Visite el sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Tiene información acerca de los costos, la cubierta y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el 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 de medicamentos]).

### **Lea *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019)**

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

---

## **Sección 6.3 – Cómo recibir ayuda del Plan de Salud del Gobierno (Medicaid)**

---

Para obtener información del Plan de Salud del Gobierno (Medicaid) puede llamar al Plan de Salud del Gobierno (Medicaid) al 787-641-4224. Usuarios TTY deben llamar al 787-625-6955.