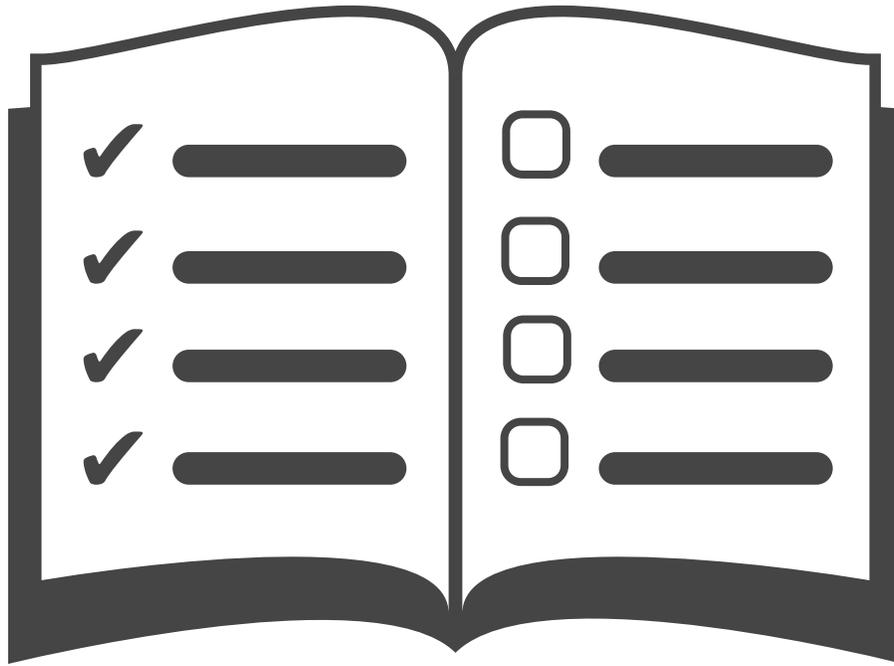




# ALIGNMENT

— HEALTH PLAN —



Condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino,  
San Diego, San Joaquin, Santa Clara y Stanislaus, Marin

## **2020 AVISO ANUAL DE CAMBIOS** **ALIGNMENT HEALTH PLAN CALPLUS (HMO) 009**

# Alignment Health Plan CalPlus (HMO) es ofrecido por Alignment Health Plan

## Aviso anual de cambios para 2020

Actualmente está inscrito como miembro de Alignment Health Plan CalPlus (HMO). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y 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 hacer ahora

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

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
  - 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 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 de nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan.
  - ¿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 2020 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
  - Los costos de los medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de costos más bajos que

pueden estar disponibles, de modo que pueda ahorrar costos anuales que debe pagar de su bolsillo a lo largo del año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos paneles destacan qué fabricantes aumentaron los precios y también muestran otro tipo de información sobre precios de medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios del plan determinarán exactamente en qué medida pueden cambiar 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 acerca de nuestro Directorio de proveedores.
  
- Piense acerca de los costos generales de atención médica.
  - ¿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 cobertura de Medicare?
  
- Pregúntese si está satisfecho con nuestro plan.

## 2. COMPARE: conozca otras opciones del plan

- Revise 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 portada posterior del manual Medicare & You (Medicare y Usted).
  - Consulte la Sección 2.2 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 cobertura en el sitio web del plan.

## 3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si desea **conservar** el plan Alignment Health Plan CalPlus (HMO), no es necesario que haga nada. Permanecerá en el plan Alignment Health Plan CalPlus (HMO).

- Para cambiarse a un **plan diferente** que satisfaga mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

#### **4. INSCRÍBASE: para cambiar los planes, inscribese en uno entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2019**

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2019, permanecerá en el plan Alignment Health Plan CalPlus (HMO).
- Si se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2019, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2020.

#### **Recursos adicionales**

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.
- ATENCIÓN: si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia con el idioma gratuitos. Llame al 1-877-399-2247 (TTY 711).
- ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-399-2247 (TTY 711).
- Esta información está disponible en otros idiomas sin cargo. Para obtener información adicional, llame a Servicios para los miembros al 1-866-634-2247. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados).
- This information is available for free in other languages. Please contact our Member Services number at 1-877-399-2247 for additional information. (TTY users should call 711.) Hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week (except Thanksgiving and Christmas) from October 1 through March 31, and Monday to Friday (except holidays) from April 1 through September 30.
- Si desea recibir este Aviso anual de cambios en un formato alternativo (por ejemplo, braille o letra grande), llame a Servicios para los miembros al 1-866-634-2247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados).
- **La cobertura según este Plan califica como Cobertura 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 del plan Alignment Health Plan CalPlus (HMO)**

- Alignment Health Plan CalPlus (HMO) es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan CalPlus (HMO) depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Alignment Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Alignment Health Plan CalPlus (HMO).

## Resumen de costos importantes para 2020

La siguiente tabla compara los costos de 2019 y 2020 para Alignment Health Plan CalPlus (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** La copia de la *Evidencia de cobertura* está disponible en nuestro sitio web [alignmenthealthplan.com](http://alignmenthealthplan.com). También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b>	\$30.50	\$27.30
* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.		
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b>	\$6,700.00	\$6,700.00
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).		
<b>Consultas en el consultorio del médico</b>	Consultas de atención primaria: \$0.00 por consulta  Consultas con especialistas: \$0.00 por consulta (excepto Servicios de psiquiatría)	Consultas de atención primaria: \$0.00 por consulta  Consultas con especialistas: \$0.00 por consulta (excepto Servicios de psiquiatría)

<b>Costo</b>	<b>2019 (este año)</b>	<b>2020 (próximo año)</b>
<p><b>Hospitalizaciones</b></p> <p>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.</p>	<p>Deducible de \$1,364 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: copago de \$0.00 por día</p> <p>Días 61 a 90: copago de \$341.00 por día</p> <p>Días 91 y posterior: copago de \$682.00 por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).</p> <p>Después de los días de reserva de por vida: todos los costos</p>	<p>Medicare 2020: publicación en trámite por el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid.</p>
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b></p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$415.00</p> <p><i>Copago/Coseguro</i> durante la Etapa de cobertura inicial (suministro de hasta un mes):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costo compartido preferido: Copago de \$5.00</li> <li>- Costo compartido estándar: Copago de \$12.00</li> </ul> </li> </ul>	<p>Deducible: \$435.00</p> <p><i>Copago/Coseguro</i> durante la Etapa de cobertura inicial (suministro de hasta un mes):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costo compartido preferido: Copago de \$0.00</li> <li>- Costo compartido estándar: Copago de \$0.00</li> </ul> </li> </ul>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 2 de medicamentos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costo compartido preferido: Copago de \$10.00</li> <li>- Costo compartido estándar: Copago de \$17.00</li> </ul> </li>   <li>• Nivel 3 de medicamentos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costo compartido preferido: coseguro del 25%</li> <li>- Costo compartido estándar: coseguro del 25%</li> </ul> </li>   <li>• Nivel 4 de medicamentos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costo compartido preferido: coseguro del 25 %</li> <li>- Costo compartido estándar: coseguro del 25%</li> </ul> </li>   <li>• Nivel 5 de medicamentos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costo compartido preferido: coseguro del 25%</li> <li>- Costo compartido estándar: coseguro del 25%</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 2 de medicamentos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costo compartido preferido: Copago de \$14.00</li> <li>- Costo compartido estándar: Copago de \$20.00</li> </ul> </li>   <li>• Nivel 3 de medicamentos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costo compartido preferido: coseguro del 25%</li> <li>- Costo compartido estándar: coseguro del 25%</li> </ul> </li>   <li>• Nivel 4 de medicamentos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costo compartido preferido: coseguro del 25 %</li> <li>- Costo compartido estándar: coseguro del 25%</li> </ul> </li>   <li>• Nivel 5 de medicamentos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Costo compartido preferido: coseguro del 25%</li> <li>- Costo compartido estándar: coseguro del 25%</li> </ul> </li> </ul>

<b>Costo</b>	<b>2019 (este año)</b>	<b>2020 (próximo año)</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nivel 6 de medicamentos:</li><li>- Costo compartido preferido: Copago de \$5.00</li><li>- Costo compartido estándar: Copago de \$5.00</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nivel 6 de medicamentos:</li><li>- Costo compartido preferido: Copago de \$5.00</li><li>- Costo compartido estándar: Copago de \$5.00</li></ul>

## ***Aviso anual de cambios para 2020***

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2020.....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>6</b>
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual.....	6
Sección 1.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo.....	6
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores .....	7
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias .....	8
Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	8
Sección 1.6: Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	10
<b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>15</b>
Sección 2.1: Si desea permanecer en el plan Alignment Health Plan CalPlus (HMO) .....	15
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan .....	15
<b>SECCIÓN 3: Plazo para el cambio de plan.....</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 4: Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre         Medicare .....</b>	<b>17</b>
<b>SECCIÓN 5: Programas que ayudan a pagar los medicamentos con         receta .....</b>	<b>17</b>
<b>SECCIÓN 6: Preguntas .....</b>	<b>18</b>
Sección 6.1: Cómo recibir ayuda de Alignment Health Plan CalPlus (HMO) .....	18
Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare .....	19

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

### Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Prima mensual</b>	\$30.50	\$27.30
(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).		

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta.

### 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 alcanza este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de las Partes A y B por el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b>  Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima de su plan y sus costos para medicamentos recetados no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$6,700.00	\$6,700.00  Una vez que haya pagado \$6,700.00 de su bolsillo por los 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 [alignmenthealthplan.com](http://alignmenthealthplan.com) se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2020 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. 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:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de 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 seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo y trabajaremos con usted para garantizarlo.

- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese 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 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. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, lo que puede ofrecerle un costo compartido más bajo que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias dentro de la red para ciertos medicamentos.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web [alignmenthealthplan.com](http://alignmenthealthplan.com) se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2020 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 2020*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Manejo mejorado de enfermedades</b>	Usted paga un copago de \$0.00 para la Administración mejorada de enfermedades	La Administración mejorada de enfermedades <u>no</u> está cubierta

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Educación sobre la salud</b>	Usted paga un copago de \$0.00 para el beneficio de Educación sobre la salud	Los servicios de Educación sobre la salud <u>no</u> están cubiertos
<b>Línea directa de enfermería</b>	Usted paga un copago de \$0.00 para el beneficio de la Línea directa de enfermería	Los servicios de la Línea directa de enfermería <u>no</u> están cubiertos
<b>Servicios de tratamiento con opioides</b>	Los Servicios de tratamiento con opioides <u>no</u> están cubiertos	Usted paga un coseguro de 20% para los Servicios de tratamiento con opioides
<b>Artículos de venta libre</b>	Usted paga un copago de \$0.00 para los Artículos de venta libre.  (Límite de <b>\$75.00</b> por mes, sin posibilidad de transferirlo al mes siguiente).	Usted paga un copago de \$0.00 para los Artículos de venta libre.  (Límite de <b>\$100.00</b> por mes, sin posibilidad de transferirlo al mes siguiente)
<b>Beneficios suplementarios para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="251 1438 641 1585">• <b>Beneficio en alimentos</b></li> <li data-bbox="251 1669 503 1732">• <b>Beneficio de acompañante</b></li> </ul> <p data-bbox="203 1848 625 1921">Se aplican determinadas condiciones de admisibilidad.</p>	<p data-bbox="682 1438 1023 1585">Los alimentos para los pacientes con enfermedades crónicas <u>no</u> están cubiertos</p> <p data-bbox="682 1690 1023 1879">Los Servicios de acompañante para pacientes con enfermedades crónicas <u>no</u> están cubiertos</p>	<p data-bbox="1063 1438 1404 1585">Usted paga un copago de \$0.00 para alimentos; límite de \$20.00 por mes</p> <p data-bbox="1063 1690 1421 1921">Para los Servicios de acompañante, usted paga un copago de \$0.00 para 12 horas por trimestre, 48 horas por año.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura para obtener más información.		
<b>Servicios de transporte</b>	Usted paga un copago de \$0.00 para viajes ilimitados a un lugar aprobado por el plan cada año (en un radio de <b>20</b> millas de su residencia permanente).	Usted paga un copago de \$0.00 para viajes ilimitados a un lugar aprobado por el plan cada año (en un radio de <b>50</b> millas de su residencia permanente).

## Sección 1.6: Cambios en la cobertura 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”. Puede encontrar una copia electrónica de la Lista de medicamentos en nuestro sitio web [alignmenthealthplan.com](http://alignmenthealthplan.com).

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 cobertura 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 cobertura 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.**
  - Si desea obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a Servicios para los miembros.
- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar otro medicamento** que cubramos. Puede llamar a Servicios para los miembros 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. (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 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.

Si anteriormente le aprobaron la cobertura de un medicamento que no está en el formulario, consulte su carta de determinación de cobertura para ver los detalles acerca de cuándo vencerá su autorización.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podemos realizar otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

A partir de 2020, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno 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, por ejemplo, que, si toma un medicamento de marca que se reemplazará o se moverá a un nivel de costo compartido más alto, ya no recibirá un aviso sobre el cambio 30 días antes de implementarlo ni obtendrá un suministro de un mes de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si toma un medicamento de marca, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico, pero llegará una vez que se haya implementado.

Cuando realicemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, puede seguir consultando a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la Evidencia de cobertura).

### **Cambios en los costos de los medicamentos con receta**

*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 con receta de la Parte D que no aplique para usted.** Le enviamos un

inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió este documento antes del 30 de septiembre, llame a Servicios para los miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”. En la Sección 6.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono de Servicios 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 la Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* 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 cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a 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 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura en nuestro sitio web* [alignmenthealthplan.com](http://alignmenthealthplan.com). También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

### Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b>	El deducible es de \$415.00.	El deducible es de \$435.00.
Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos de los niveles 2 al 5 hasta que llegue a su deducible anual.		Durante esta etapa, usted paga el mismo copago que pagaría en la etapa de cobertura para los medicamentos del nivel 1 y del nivel 6 y el costo completo de los medicamentos en los niveles 2 al 5 hasta que llegue a su deducible anual.

## 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	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días para venta minorista y atención a largo plazo de 31 días) cuando surte su medicamento en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos para un suministro de largo plazo o de los medicamentos con receta pedidos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar.</i> Usted paga \$12.00 por medicamento con receta</p> <p><i>Costo compartido preferido.</i> Usted paga \$5.00 por medicamento con receta</p> <p><b>Nivel 2: medicamentos genéricos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar.</i> Usted paga \$17.00 por medicamento con receta</p> <p><i>Costo compartido preferido.</i> Usted paga \$10.00 por medicamento con receta</p>	<p>Costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar.</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta</p> <p><i>Costo compartido preferido.</i> Usted paga \$0.00 por medicamento con receta</p> <p><b>Nivel 2: medicamentos genéricos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar.</i> Usted paga \$20.00 por medicamento con receta</p> <p><i>Costo compartido preferido.</i> Usted paga \$14.00 por medicamento con receta</p>

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<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, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p>	<p><b>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar.</i> Usted paga el 25% del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido.</i> Usted paga el 25% del costo total</p>	<p><b>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar.</i> Usted paga el 25% del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido.</i> Usted paga el 25% del costo total</p>
	<p><b>Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar.</i> Usted paga el 25% del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido.</i> Usted paga el 25% del costo total</p>	<p><b>Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar.</i> Usted paga el 25% del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido.</i> Usted paga el 25% del costo total</p>
	<p><b>Nivel 5: medicamentos especializados:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar.</i> Usted paga el 25% del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido.</i> Usted paga el 25% del costo total</p>	<p><b>Nivel 5: medicamentos especializados:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar.</i> Usted paga el 25% del costo total</p> <p><i>Costo compartido preferido.</i> Usted paga el 25% del costo total</p>
	<p><b>Nivel 6: medicamentos de atención selecta:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar.</i> Usted paga \$5.00 por medicamento con receta</p> <p><i>Costo compartido preferido.</i> Usted paga \$5.00 por medicamento con receta</p>	<p><b>Nivel 6: medicamentos de atención selecta:</b></p> <p><i>Costo compartido estándar.</i> Usted paga \$5.00 por medicamento con receta</p> <p><i>Costo compartido preferido.</i> Usted paga \$5.00 por medicamento con receta</p>

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,820, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,020, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).

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

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **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 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

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

### **Sección 2.1: Si desea permanecer en el plan Alignment Health Plan CalPlus (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 2020.

### **Sección 2.2: Si desea cambiar de plan**

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2020, 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. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 acerca de una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2020* (Medicare y usted 2020), 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 Medicare Plan Finder 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 medicamentos).

**Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Como recordatorio, Alignment Health Plan ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos.

## **Paso 2: cambie su cobertura**

- Para cambiar **a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en un plan nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Alignment Health Plan CalPlus (HMO).
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el plan de medicamentos nuevos. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Alignment Health Plan CalPlus (HMO).
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, usted tiene las siguientes opciones:
  - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con Servicios para los miembros (en la Sección 6.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono).
  - – o – 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 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 2020.

### **¿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 cobertura 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. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2020 y no está satisfecho con la opción de su plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o puede cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2020. 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 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno 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 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 HICAP pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede ponerse en contacto con el HICAP llamando al 1-800-434-0222. Visite el sitio web del HICAP (<https://www.aging.ca.gov/hicap/>) para obtener más información.

## **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.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir esta ayuda y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- A la oficina 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).
- A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia para los costos compartidos de medicamentos para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/sida a acceder a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia en el estado y condición como portador de VIH, el comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y la condición de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia para los costos compartidos de medicamentos con receta a través de Office of AIDS, California Department of Public Health, MS 7700, P.O. Box 997426, Sacramento, CA 95899-7426. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050 o visite el sitio web de California ADAP en [www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA\\_adap\\_eligibility.aspx](http://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx).

## SECCIÓN 6: Preguntas

### Sección 6.1: Cómo recibir ayuda de Alignment Health Plan CalPlus (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-877-399-2247. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad), y de lunes a viernes desde el 15 de febrero hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados). Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de cobertura* 2020 (describe en detalle los beneficios y los costos para el próximo año)**

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2020. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2020 para Alignment Health Plan CalPlus (HMO). La *Evidencia de cobertura* 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. La copia de la *Evidencia de cobertura* está disponible en nuestro sitio web

[alignmenthealthplan.com](http://alignmenthealthplan.com). También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

### **Visite nuestro sitio web**

También puede encontrar información en nuestro sitio web en [alignmenthealthplan.com](http://alignmenthealthplan.com). Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar 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:

### **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>). Posee información acerca de los costos, la cobertura 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 Medicare Plan Finder en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans”).

### **Lea *Medicare & You 2020***

Puede leer el Manual *Medicare & You 2020* (Medicare y usted 2020). Cada año, en otoño, este documento 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, 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.





# **ALIGNMENT**

— HEALTH PLAN —