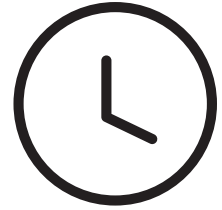


2018 AVISO ANUAL DE CAMBIOS



Cambios importantes en su plan

Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO)



Llamada gratuita **1-800-650-6232**, TTY **711**

de del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.



www.SeniorDimensions.com

¿Tenemos su dirección correcta?

Si no es así, manténganos al día para que podamos informarle las novedades del plan.



SENIOR DIMENSIONS®
from UnitedHealthcare®

Aviso Anual de Cambios 2018.



Actualmente está inscrito como miembro de Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO).

El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. **Esta guía indica los cambios.**

Si desea hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año, puede hacerlos desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Qué debe hacer ahora

1. PREGÚNTESE: Qué cambios le afectan a usted

- Revise los cambios a los beneficios y los costos del plan para saber si le afectan.
 - Por eso es importante que revise su cobertura ahora mismo para asegurarse de que satisfaga sus necesidades para el próximo año.
 - ¿Se ven afectados por los cambios los servicios que usted usa?
 - Consulte la Sección 1 para obtener información sobre los cambios a los beneficios y costos del plan.

- Revise en esta guía los cambios a nuestra cobertura de medicamentos con receta para saber si le afectan.
 - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos?
 - ¿Están sus medicamentos en otro nivel, con otro costo compartido?
 - ¿Tiene restricciones alguno de sus medicamentos? (Por ejemplo, si necesita nuestra aprobación para surtir una receta)
 - ¿Podrá seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Existen cambios en el costo al utilizar esta farmacia?
 - En la Lista de Medicamentos de 2018 consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

- Compruebe que sus médicos y demás proveedores de servicios médicos continúen en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos en nuestra red?
 - ¿Están en nuestra red los hospitales y demás proveedores de servicios médicos que usted usa?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información acerca de nuestro Directorio de Proveedores.

- Piense en los costos generales de cuidado de la salud.
 - ¿Cuánto pagará en gastos de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que usa regularmente?
 - ¿Cuánto costarán la prima y los deducibles del plan?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales del plan con respecto a otras opciones de cobertura de Medicare?

- Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de plan

- Revise qué coberturas y qué costos existen en el área donde usted reside.
 - Use la función de búsqueda personalizada del Buscador de Planes Medicare en el sitio web de Medicare:
<https://es.medicare.gov> Haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”.
 - Revise la lista que aparece en la contracubierta del manual “Medicare y Usted”.
 - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información de sus opciones.

- Una vez que se decida por un plan, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Usted decide si se cambia de plan

- Si desea **continuar** en Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO), no tiene que hacer nada. Seguirá inscrito en Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO).
- Si desea cambiarse a **otro plan** que satisfaga mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Si desea cambiar de plan, debe inscribirse en uno entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre** de **2017**

- Si **no se inscribe en el nuevo plan a más tardar el 7 de diciembre de 2017**, seguirá inscrito en Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO).

- Si se inscribe a más tardar el 7 de diciembre de 2017, su nueva cobertura comienza el 1 de enero de 2018.

Recursos adicionales

- Esta información está disponible sin costo en otros idiomas.
- Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-800-650-6232 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes..
- Esta información está disponible sin costo en otros idiomas.
- Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al número 1-800-650-6232 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es el siguiente: del 1 de octubre hasta el 14 de febrero, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero hasta el 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.
- Puede obtener este documento en un formato alternativo, por ejemplo, en braille, en letras grandes o en audio. Llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-800-650-6232, TTY: 711, del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes., para obtener información adicional.
- **Cobertura mínima esencial: La cobertura de este plan califica como cobertura mínima esencial y cumple los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Para más información acerca de los requisitos personales de la cobertura mínima esencial, consulte el sitio web del Internal Revenue Service en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.**

Información sobre Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO)

- Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “para nosotros” o “nuestro o nuestra” en esta guía, se refieren a la compañía de seguros UnitedHealthcare o a una de sus afiliadas. Las expresiones “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO).

Resumen de costos importantes para 2018

La siguiente tabla compara los costos de 2017 con los costos de 2018 de Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga presente que este es solamente un resumen de cambios. Es importante que lea el resto de este Aviso Anual de Cambios** y revise la **Evidencia de Cobertura** incluida para ver si otros cambios de beneficios o costos le afectan.

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Prima mensual del plan * *Su prima mensual del plan puede ser más alta que esta cantidad. (Consulte la sección 1.1 para los detalles.)	\$0	\$0
Cantidad máxima de gasto de su bolsillo Esta es la <u>máxima</u> cantidad que pagará de desembolso personal por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para los detalles.)	\$2,500	\$2,500
Visitas al consultorio médico	Consultas de cuidado primario: Usted paga \$0 de copago por consulta. Consultas con el especialista: Usted paga \$0 de copago por consulta.	Consultas de cuidado primario: Usted paga \$0 de copago por consulta. Consultas con un especialista: Usted paga \$0 de copago por consulta.
Estadía en hospital como paciente hospitalizado	Usted paga \$0 de copago cada día por un número ilimitado de días.	Usted paga \$0 de copago cada día por un número ilimitado de días.

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Incluye pacientes hospitalizados graves, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros servicios para pacientes hospitalizados. El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados se inicia el día que usted es formalmente admitido al hospital con una orden del médico. El día anterior al día en que se le da de alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>		
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para más detalles.)</p>	<p>Deducible: Este pago no le corresponde en su caso porque este plan no tiene deducible.</p> <p>Copagos/Coseguro por un suministro de un mes (30-días) durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: Costo compartido en farmacia estándar de venta al por menor (dentro de la red) \$0 de copago • Medicamentos de Nivel 2: Costo compartido estándar en una farmacia de venta al por menor (dentro de la red) \$8 de copago • Medicamentos de Nivel 3: Costo 	<p>Deducible: Este pago no le corresponde en su caso porque este plan no tiene deducible.</p> <p>Copagos/Coseguro por un suministro de un mes (30-días) durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: Costo compartido en farmacia estándar de venta al por menor (dentro de la red) \$2 de copago • Medicamentos de Nivel 2: Costo compartido en farmacia estándar de venta al por menor (dentro de la red) \$8 de copago • Medicamentos de Nivel 3: Costo

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
	<p>compartido en farmacia estándar de venta al por menor (dentro de la red) \$47 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 4: Costo compartido en farmacia estándar de venta al por menor (dentro de la red) \$100 de copago • Medicamentos de Nivel 5: Costo compartido en farmacia estándar de venta al por menor (dentro de la red) 33% del costo total 	<p>compartido en farmacia estándar de venta al por menor (dentro de la red) \$47 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 4: Costo compartido en farmacia estándar de venta al por menor (dentro de la red) \$100 de copago • Medicamentos de Nivel 5: Costo compartido en farmacia estándar de venta al por menor (dentro de la red) 33% del costo total

Aviso Anual de Cambios para 2018

Índice

Resumen de costos importantes para 2018.....	5
Sección 1: Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	9
Sección 1.1: Cambios a la prima mensual.....	9
Sección 1.2: Cambios a su cantidad máxima de gasto de su bolsillo.....	9
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores.....	10
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias.....	10
Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	11
Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D 13	
Sección 2: Cómo decidir qué plan elegir.....	16
Sección 2.1: Si decide permanecer en el plan Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO).....	16
Sección 2.2: Si decide cambiar de plan.....	17
Sección 3: Fecha límite para cambiarse de plan.....	18
Sección 4: Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	18
Sección 5: Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta.	19
Sección 6: ¿Preguntas?.....	20
Sección 6.1: Cómo obtener asistencia de Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO).....	20
Sección 6.2: Cómo obtener asistencia de Medicare.....	20

Sección 1: Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.

SECCIÓN 1.1: Cambios a la prima mensual

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Prima mensual (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.)	\$0	\$0

- Si en el futuro se inscribe en un plan de cobertura de medicamentos con receta de Medicare, la prima mensual del plan será mayor si usted debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía a la Parte D. La multa se debe al hecho de no haber contado (por 63 días o más) con una cobertura de medicamentos que pague, como mínimo, tanto como la cobertura de medicamentos de Medicare (a esta cobertura también se le denomina “cobertura acreditable”).
- Si sus ingresos son más altos, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

SECCIÓN 1.2: Cambios a su cantidad máxima de gasto de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige a todos los planes de salud limitar la cantidad de gasto de su bolsillo que usted paga durante el año. Este límite se denomina “cantidad máxima de gasto de su bolsillo”. Una vez que agota esta cantidad, por lo general no debe pagar nada para obtener los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Cantidad máxima de gasto de su bolsillo Sus costos de servicios médicos cubiertos (como copagos) se contabilizan para la cantidad máxima de gasto de su bolsillo . Los costos de	\$2,500 Una vez que haya pagado \$2,500 de gasto de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no debe pagar nada más por los	\$2,500 Una vez que haya pagado \$2,500 de gasto de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no debe pagar nada más por los

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
los medicamentos con receta no se contabilizan para la cantidad máxima de gasto de su bolsillo.	servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.	servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

SECCIÓN 1.3: Cambios en la red de proveedores

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Encontrará el Directorio de Proveedores actualizado en nuestro sitio web en www.SeniorDimensions.com. También puede llamar al Servicio al Cliente para obtener la información actualizada de los proveedores o para pedir el envío postal de un Directorio de Proveedores. **Revise el Directorio de Proveedores 2018 para ver si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en la lista de hospitales, doctores y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de prestar servicios a su plan, y si esto ocurre, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que los proveedores de nuestra red podrían cambiar durante el año, Medicare nos exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Nos esforzaremos, en buena fe, por darle aviso con 30 días de anticipación de que su proveedor dejará nuestro plan, de modo que tenga el tiempo para seleccionar a un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado que pueda continuar atendiendo sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si se encuentra bajo un tratamiento médico tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sufra interrupciones, y nos aseguraremos de que así sea.
- Si usted cree que no le hemos suministrado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado no está siendo gestionado adecuadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para ayudarlo a encontrar a un nuevo proveedor y administrar sus cuidados.

SECCIÓN 1.4: Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que usted paga al comprar sus medicamentos con receta dependen de la farmacia en que los surte. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la

mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas **únicamente** si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Encontrará un Directorio de Farmacias actualizado en nuestro sitio web en www.SeniorDimensions.com. También puede llamar al Servicio al Cliente para obtener la información actualizada de los proveedores o para pedir el envío postal de un Directorio de Farmacias. **Revise el Directorio de Farmacias 2018 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

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

Nuestra cobertura de ciertos servicios médicos cambiará para el próximo año. La información a continuación describe estos cambios. Para más detalles acerca de la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, **Tabla de Beneficios Médicos (lo que cubre el plan y lo que usted paga)**, en el documento **Evidencia de Cobertura 2018**.

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Servicios de ambulancia	Usted paga \$200 de copago por cada viaje por tierra en una sola dirección cubierto por Medicare. Usted paga \$295 de copago por cada viaje aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare.	Usted paga \$180 de copago por cada viaje por tierra en una sola dirección cubierto por Medicare. Usted paga \$295 de copago por cada viaje aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare.
Servicios quiroprácticos (de rutina adicionales) y de acupuntura	Con cobertura.	Los servicios quiroprácticos (de rutina adicionales) y de acupuntura <u>no</u> tienen cobertura.
Cláusula adicional Dental Platinum	La Cláusula adicional Dental Platinum <u>no</u> está disponible.	Usted tiene la opción de comprar una Cláusula adicional de beneficios complementarios opcionales, la Cláusula

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
		adicional Dental Platinum. La Cláusula adicional Dental Platinum incluye beneficios de cuidado dental preventivo y completo. Prima: \$34.00 al mes. Comuníquese con el Servicio al Cliente para más detalles.
Capacitación sobre autocontrol de la diabetes; Servicios y suministros para la diabetes	Usted paga \$0 de copago. Cubrimos solamente monitores de glucosa en la sangre y tiras para medir la glucosa de las marcas siguientes: OneTouch Ultra®2 System, OneTouch UltraMini®, OneTouch Verio®, OneTouch Verio® Sync, OneTouch Verio® IQ, OneTouch Verio® Flex System Kit, ACCU-CHEK® Nano SmartView, y ACCU-CHEK® Aviva Plus. Otras marcas no están cubiertas por nuestro plan. Si usa una marca de suministros que no está cubierta por nuestro plan, hable con su médico para obtener una nueva receta para una marca cubierta.	Usted paga \$0 de copago. Cubrimos solamente monitores de glucosa en la sangre y tiras para medir la glucosa de las marcas siguientes: OneTouch Ultra®2, OneTouch UltraMini®, OneTouch Verio®, OneTouch Verio® IQ, OneTouch Verio® Flex, ACCU-CHEK® Nano SmartView, ACCU-CHEK® Aviva Plus, ACCU-CHEK® Guide, y ACCU-CHEK® Aviva Connect. Otras marcas no están cubiertas por nuestro plan. Si usa una marca de suministros que no está cubierta por nuestro plan, hable con su médico para obtener una nueva receta para una marca cubierta.
Cuidado de emergencia	Usted paga \$75 de copago.	Usted paga \$80 de copago.

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Cuidado de emergencia - En todo el mundo	Usted paga \$75 de copago.	Usted paga \$80 de copago.
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios - Radiografías	Usted paga \$4 de copago.	Usted paga \$5 de copago.
Cuidado de salud mental a pacientes ambulatorios - Sesión de terapia individual	Usted paga \$30 de copago.	Usted paga \$40 de copago.
Servicios ambulatorios para el abuso de sustancias - Sesión de terapia individual	Usted paga \$30 de copago.	Usted paga \$40 de copago.
Servicios requeridos de urgencia - Mundiales	Usted paga \$75 de copago.	Usted paga \$80 de copago.

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

Cambios a nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra Lista de Medicamentos cubiertos se llama Formulario o Lista de Medicamentos. **Puede obtener una Lista de Medicamentos completa** si llama a Servicio al Cliente (vea la contracubierta) o visite nuestro sitio web (www.SeniorDimensions.com).

Hicimos cambios a nuestra Lista de Medicamentos, incluidos los cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos.

Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y para ver si tendrán alguna restricción.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos:

- **Consulte a su médico (o al profesional autorizado para recetar medicamentos) para que solicite una excepción al plan** para cubrir el medicamento.
 - Si desea saber cómo proceder para pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 de la **Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de**

cobertura, apelaciones y quejas]) o llame a Servicio al Cliente.

- **Consulte a su médico (o al profesional autorizado para recetar medicamentos) para buscar un medicamento diferente** que tenga cobertura. Llame al Servicio al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición de médica.

A fin de evitar una interrupción en la terapia, en algunas situaciones se nos exige que cubramos (**una sola vez**, en los primeros 90 días del año del plan o en los primeros 90 días de membresía) un suministro temporal de un medicamento que esté excluido del formulario. (Si desea saber cómo obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la **Evidencia de Cobertura**). Durante el tiempo que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar que el plan haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Si obtuvo autorización para una excepción del formulario este año, refiérase a la carta de autorización que indica la fecha de vencimiento. Una vez pasada la fecha de vencimiento que indica la carta de autorización, tendrá que obtener una nueva autorización para que el plan continúe cubriendo el medicamento (siempre y cuando el medicamento todavía requiera una excepción y si usted y su médico consideran que es necesario). Si desea saber cómo proceder para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de la **Evidencia de Cobertura** o llame a Servicio al Cliente.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está en el programa Ayuda Adicional que le brinda asistencia para pagar sus medicamentos, **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso.** Le enviamos un documento aparte titulado Cláusula Adicional de Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS), o Cláusula Adicional LIS, que contiene información sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda Adicional y no ha recibido este documento a más tardar el 30 de septiembre de 2017, llame al Servicio al Cliente y solicítelo. Los números de teléfono del Servicio al Cliente están en la Sección 6.1 de esta guía.

Hay cuatro etapas de pago de medicamentos. La cantidad que pague por un medicamento de la Parte D dependerá de la etapa de pago de medicamentos en que usted se encuentre. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 6 de la **Evidencia de Cobertura** para obtener más información sobre las etapas).

La información siguiente detalla los cambios en las dos primeras etapas para el año entrante: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las dos etapas restantes: la etapa sin cobertura y la etapa de cobertura de gastos médicos mayores. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la **Evidencia de Cobertura** adjunta.)

Cambios a la etapa de deducible

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Debido a que el plan no tiene un deducible, esta etapa de pago no corresponde en su caso.	Debido a que el plan no tiene un deducible, esta etapa de pago no corresponde en su caso.

Cambios al costo compartido durante la etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, **Gastos de su bolsillo que es posible que deba pagar por los medicamentos cubiertos** en la **Evidencia de Cobertura**.

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Etapa 2: Cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y usted paga su parte.</p> <p>Los costos indicados en este renglón corresponden al suministro de un mes (30-días) si surte las recetas en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido en farmacia estándar.</p> <p>Para obtener información sobre el costo de un suministro a largo plazo o del servicio de medicamentos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6, de la Evidencia de Cobertura.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos medicamentos de la Lista de Medicamentos. Para saber si un medicamento ha cambiado de nivel, consulte la Lista de Medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido en farmacia estándar:</p> <p>Nivel 1 – Genéricos preferentes: Usted paga \$0 por cada receta.</p> <p>Nivel 2 - Medicamentos genéricos: Usted paga \$8 por cada receta.</p> <p>Nivel 3 - De marca preferentes: Usted paga \$47 por cada receta.</p> <p>Nivel 4 - Medicamentos No Preferidos:</p>	<p>Su costo por el suministro de un mes surtido en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido en farmacia estándar:</p> <p>Nivel 1 –Genéricos preferentes: Usted paga \$2 por cada receta</p> <p>Nivel 2 - Medicamentos genéricos: Usted paga \$8 por cada receta.</p> <p>Nivel 3 - De marca preferentes: Usted paga \$47 por cada receta</p> <p>Nivel 4 - Medicamentos No Preferidos:</p>

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
	<p>Usted paga \$100 por cada receta.</p> <p>Nivel 5 - De especialidad:</p> <p>Usted paga 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que el total de los costos de sus medicamentos haya alcanzado \$3,700, usted pasará a la etapa siguiente (etapa sin cobertura).</p>	<p>Usted paga \$100 por cada receta.</p> <p>Nivel 5 - De especialidad:</p> <p>Usted paga 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que el total de los costos de sus medicamentos haya alcanzado \$3,750, usted pasará a la etapa siguiente (etapa sin cobertura).</p>

Cambios a la etapa sin cobertura y a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, es decir, la etapa sin cobertura y la etapa de cobertura de gastos médicos mayores son para las personas con altos costos de medicamentos.

La mayoría de los miembros no llegan a la etapa sin cobertura ni a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores. Para obtener más información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, las Secciones 6 y 7 de la **Evidencia de Cobertura**.

Sección 2: Cómo decidir qué plan elegir

SECCIÓN 2.1: Si decide permanecer en el plan Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO)

Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan distinto ni se cambia a Medicare Original para el 7 de diciembre, quedará automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan 2018.

SECCIÓN 2.2: Si decide cambiar de plan

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

Paso 1: Sepa con qué opciones cuenta y compárelas

- Usted puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare,
- **O bien**, usted puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si desea más información sobre Medicare Original y los distintos planes de Medicare, lea el manual **Medicare y Usted 2018**, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 4), o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Use el buscador de planes de Medicare en el sitio web del programa para encontrar información sobre los planes disponibles en su área. Visite <https://es.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”. **En este sitio encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Como recordatorio, UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus afiliadas ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos planes adicionales pueden tener diferencias en cobertura, primas mensuales y cantidades de costo compartido.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Se le dará de baja automáticamente de Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en ese plan de medicamentos nuevo. Se le dará de baja automáticamente de Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO).
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe optar por:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información acerca de cómo debe hacer esto, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la Sección 6.1 de esta guía).
 - – o – Llame a **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite su baja del plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 3: Fecha límite para cambiarse de plan

Si quiere cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo entre **el 15 de octubre y el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2018.

¿Se pueden hacer cambios durante otro período del año?

En ciertas situaciones, también se permite hacer cambios en otros períodos del año. Por ejemplo, se les permite hacer cambios en otros períodos del año a las personas con Medicaid, a las personas que reciben el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos a las personas que tienen o dejarán cobertura de su empleador, y a las personas que se trasladan fuera del área de servicio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la **Evidencia de Cobertura**.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2018, y no le agrada la opción de su plan, puede cambiarse a Medicare Original entre el 1 de enero y el 14 de febrero de 2018. Para obtener más información, vea 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 con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa de ayuda del gobierno con consejeros capacitados en todos los estados. En Nevada, el programa SHIP se llama Nevada State Health Insurance Assistance Program.

Nevada State Health Insurance Assistance Program es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud). Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento **gratis** del seguro de salud local a las personas con Medicare. Los consejeros del Programa Nevada State Health Insurance Assistance Program pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender las opciones de su plan de Medicare así como responder a preguntas para cambiar de planes. Puede llamar a Nevada State Health Insurance Assistance Program al 1-800-307-4444.

Sección 5: Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta

Es posible que usted califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación se listan las distintas clases de ayuda:

- **Programa Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional con el fin de pagar sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta 75% o más de sus medicamentos incluidas las primas mensuales, los deducibles anuales y el coseguro de sus medicamentos con receta. Además, aquellos que califican no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos y ni siquiera lo saben. Para ver si califica, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - También puede llamar a la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - La oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda de su programa estatal de asistencia farmacéutica.** Nevada tiene un programa denominado Nevada Senior/Disability Rx Program que ayuda a la gente a pagar sus medicamentos con receta basado en su necesidad financiera, edad o condición de salud. Para obtener más información sobre el programa, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (el nombre y los teléfonos de esta organización se encuentran en la Sección 3 del Capítulo 2, de su **Evidencia de Cobertura**).
- **Ayuda para el costo compartido de las recetas de las personas con VIH o sida.** El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) garantiza que las personas que cumplen los requisitos de participación en el programa ADAP y que viven con el VIH o sida tengan acceso a medicamentos contra el virus que salvan la vida. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen un comprobante de residencia en su estado, su estado de VIH, bajos ingresos según lo define el estado y no tener seguro o tener un seguro insuficiente. El medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, que también están cubiertos por el programa ADAP, califican para recibir asistencia con el costo compartido a través del programa ADAP de su estado. Para obtener más información acerca del criterio de elegibilidad, los medicamentos con cobertura o para saber cómo inscribirse en el programa, llame al programa ADAP de su estado. Puede encontrar la información necesaria para comunicarse con el programa ADAP de su estado en el Capítulo 2 de la **Evidencia de Cobertura**.

Sección 6: ¿Preguntas?

SECCIÓN 6.1: Cómo obtener asistencia de Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO)

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudarlo. Llame al Servicio al Cliente al 1-800-650-6232. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) Atendemos las llamadas telefónicas del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.. Las llamadas a estos números son gratis.

Lea la Evidencia de Cobertura 2018 (contiene los detalles de los beneficios y costos para el próximo año)

Este **Aviso Anual de Cambios** contiene un resumen de los cambios en los beneficios y costos para el año 2018. Para más detalles, consulte la **Evidencia de Cobertura 2018** del Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO). La **Evidencia de Cobertura** es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener los servicios y los medicamentos con receta que están cubiertos. El **Aviso Anual de Cambios** incluye una copia de la **Evidencia de Cobertura**.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar el sitio web en www.SeniorDimensions.com. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más reciente de nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores) y de 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)

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>). En este sitio encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para que pueda comparar los planes de salud de Medicare. Use el Buscador de Planes Medicare en el sitio web de Medicare para encontrar información sobre los planes disponibles en su área. (Para ver la información sobre

los planes, vaya a <https://es.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”.)

Lea Medicare y Usted 2018

Puede leer el manual **Medicare y Usted 2018**. Esta guía se envía por correo en el otoño de cada año a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y contiene respuestas a preguntas frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de esta guía, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Senior Dimensions® Southern Nevada (HMO) Servicio al Cliente:

Llame al **1-800-650-6232**

Las llamadas a este número son gratis del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratis de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711

Las llamadas a este número son gratis del 1 de octubre al 14 de febrero: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes..

Escriba a P.O. Box 15645
Las Vegas, NV 89114

Sitio web **www.SeniorDimensions.com**